



VISOKOŠOLSKO SREDIŠČE NOVO MESTO
Higher Education Centre Novo mesto
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENEVEDE NOVO MESTO
Faculty of Health Sciences Novo mesto

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA
Zbornik prispevkov

HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT
Conference Proceedings

Mednarodna znanstvena konferenca
International Scientific Conference

Novo mesto, 10. november 2016

VISOKOŠOLSKO SREDIŠČE NOVO MESTO
Higher Education Centre Novo mesto
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENEVEDE NOVO MESTO
Faculty of Health Sciences Novo mesto

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA

HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT

Zbornik prispevkov
Conference Proceedings

Mednarodna znanstvena konferenca
International Scientific Conference
10. november 2016

Novo mesto 2017

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA
HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT

Izdala in založila/Publisher ©

Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto/Faculty of Health Sciences Novo mesto

Uredila/Editor

Dr. Nevenka Kregar Velikonja

Recenzirali/Peer Reviewers

Mag. Ljiljana Leskovic, dr. Jasmina Starc

Lektoriral/Proofread by

Za jezikovno neoporečnost so odgovorni avtorji prispevkov.

Naslovnica/Title page

Bojan Nose

Tehnična urednika/Technical Editors

Brigita Jugovič, Bojan Nose

Naklada/Printing

150 izvodov / 150 Issues

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-083(082)(086.034.44)

CELOSTNA obravnava pacienta [Elektronski vir] = Holistic approach to the patient : zbornik prispevkov = conference proceedings : mednarodna znanstvena konferenca = international scientific conference, 10. november 2016 / [uredila Nevenka Kregar Velikonja]. - Novo mesto : Fakulteta za zdravstvene vede = Faculty of Health Sciences, 2017

ISBN 978-961-94049-6-6

1. Vzp. stv. nasl. 2. Kregar-Velikonja, Nevenka

290502144

VSEBINA / CONTENTS

UVODNI REFERATI

<i>Dr. Lei Bin</i> Research on Health Qigong Exercise as Prevention of Cardiovascular Disease Raziskava o zdravilni Qigong vadbi za preprečevanje bolezni srca in ožilja	9
<i>Dr. Jasmina Starc</i> Mnenje medicinskih sester o upravljanju z raznolikostjo pacientov Opinion of Nurses on Patient Diversity Management	18
<i>Dr. Goran Kozina, Marijana Neuberg, Tomislav Meštrović</i> Analiza plana razvoja zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj 2015. – 2016. Analysis of the Healthcare Development Plan 2015-2016 in the Republic of Croatia	31
<i>Dr. Nevenka Kregar Velikonja</i> Celostni pogled na človeka na ravni celice A Holistic View of the Human Being at the Level of Cells	39

REFERATI

<i>Mag. Tatjana Badrov, Rafaela Senković, Ivana Jurković</i> Stavovi studenata o značaju komunikacijskih vještina u sestrinstvu Students' Attitudes towards the Importance of Communication Skills in Nursing	45
<i>Danica Barišić, dr. Andreja Kvas</i> Redna telesna dejavnost bolnikov s srčnim popuščanjem in vloga medicinske sestre pri tem Regular Physical Activity of Patients with Heart Failure and Nurse's Role	54
<i>Tanja Bedovec</i> Utjecaj zdravstvene informacijske tehnologije na kakvoću zdravstvenog osiguranja Impact of Health Information Technology on the Quality of Health Insurance	62
<i>Nikolina Belavić</i> Celostna obravnava pacienta pri fluoresceinski angiografiji Holistic Treatment of the Patient at Fluorescein Angiography	70
<i>Monika Biber</i> Vloga medicinske sestre pri neplodnem paru The Role of the Nurse in Infertile Couples	75
<i>Mojca Blažič</i> Individualizacija kariere v zdravstveni negi Individualisation of Career in Nursing Care	84

<i>Mag. Albina Bobnar, Lilijana Miklič</i>	92
Kakovost umiranja v domu starejših: ali je vključitev v paliativno oskrbo pomembna? Quality of Dying in Residential Care Home: Is the Inclusion in Palliative Care Important?	
<i>Irena Canjuga, Marijana Neuberg, Petra Medved</i>	101
Senzibiliziranost stanovništva ruralnoga področja o značajnosti preventivnih mjerah kod raka dojke Sensibility of Rural Population to Importance of Preventative Measures for Breast Cancer	
<i>Dr. Irena Cegljar</i>	108
Podporne mreže mater z motnjo v duševnem razvoju Support Networks of Mothers with Intellectual Disabilities	
<i>Colitti Corinne, D'aversa Rita, Petrone Federica, Muccino Antonio, Folkes Maria, Vindigni Giovanni</i>	117
Assessment Nursing and Holistic Approach: a Case Study Ocenjevalna zdravstvena nega in celostni pristop: študija primera	
<i>Elvisa Čatak, dr. Alenka Oven</i>	126
Obnavljanje oseb z demenco z metodo validacije Using the Validation Method as a Treatment Approach for People with Dementia	
<i>Jacinta Doberšek Mlakar</i>	136
Izkušnje in model skupnostne psihiatrične obravnave na primarni ravni Experience and Model of Community Psychiatric Treatment on the Primary Level	
<i>Eva Dokulilová, Eliška Fialová</i>	143
The New Global Risk – Zika Virus Novo globalno tveganje – Zika virus	
<i>Mag. Eva Dolenc, Jana Zupin, mag. Damjan Slabe</i>	151
Pomen praktičnega znanja prve pomoči pri zapori dihalne poti s tujkom The Importance of Practical Knowledge of First Aid in Foreign Body Airway Obstruction	
<i>Rok Drnovšek, mag. Marija Kapun Milavec, dr. Vesna Švab</i>	159
Spletni izobraževalni moduli za izvajanje kognitivne vedenjske terapije pri depresivno anksioznih motnjah Internet-Based Cognitive Behaviour Therapy Education Modules for Treatment of Depression and Anxiety	
<i>Dr. Karmen Erjavec, Katja Kroppe</i>	168
Informacije na spletnih straneh slovenskih bolnišnic Information on the Websites of Slovene Hospitals	
<i>Dr. Branko Gabrovec</i>	177
Nasilje nad zaposlenimi v zdravstveni negi Violence against Employees in Nursing Care	
<i>Katarina Galof</i>	182
Življenje v domovih starejših občanov Life in Residential Care Homes for Older People	
<i>Maja Gorenc Šulc</i>	191
Obnavljanje dolgotrajno bolnih otrok v vzgojno-izobraževalnem procesu Treatment of Long-Term Sick Children in the Educational Process	

<i>Nataša Gorišek</i>	199
Vrednote pri študentih Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto Values from the Perspective of Students at the Faculty of Health Sciences Novo mesto	
<i>Milva Grego, Martina Bizjak</i>	208
Priporočena prehrana mladostnikov Recommended Diet for Adolescents	
<i>Irena Hribar Hussein</i>	219
Povezanost višine izdatkov za zdravstvo s kakovostjo zdravstvenega sistema v EU Relation between the Level of Health Expenditure and the Quality of Healthcare Systems in the EU	
<i>Barbka Huzjan</i>	228
Informacijsko-komunikacijska tehnologija v delovni terapiji Information and Communication Technology in Occupational Therapy	
<i>Ksenja Jug Adamovič, mag. Nevenka Ferfila, dr. Matej Makarovič</i>	236
Vloga zaposlenih v sistemu ravnanja z zdravstvenimi odpadki v domovih za starejše The Role of Employees in the Healthcare Waste Management System in Residential Care Homes for Older People	
<i>Dr. Katarina Kacjan Žgajnar, mag. Dejan Bahč, mag. Teja Kump</i>	245
Hrup kot dejavnik tveganja v jasličnem oddelku Noise as a Risk Factor in the Nursery Department	
<i>Jelka Kolakovič, Martina Bizjak</i>	254
Zdravstvena nega novorojenčka z abstinenčnim sindromom Nursing Care of Newborn with Neonatal Abstinence Syndrome	
<i>Dr. Iva Konda, dr. Rajko Macura</i>	262
Zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev Satisfaction of Healthcare Service Users	
<i>Mag. Radoslav Kosić, Tanja Kosec, Gordana Lavić – Kosić</i>	272
Privrženost obitelji i utjecaj razvoda braka roditelja na dijete Commitment to Family and the Impact of Parents' Divorce on a Child	
<i>Aljaž Kren, Maja Stepić, mag. Matej Makovec</i>	280
Etične dileme in konflikti pri obravnavi pacienta v nujni medicinski pomoči Ethical Dilemmas and Conflicts when Treating a Patient in the Emergency Medical Service	
<i>Josip Krnjak, dr. Aleksandar Racz</i>	289
Procjena zdravstvenih i socijalnih čimbenika u zajednici Roma u Međimurskoj županiji Evaluation of Health and Social Factors in the Roma Community of Međimurje Region	
<i>Mag. Irena Kramberger</i>	301
Problematika tenzidov v odpadnih vodah zdravstvene dejavnosti Problems of Surfactants in Waste Waters of Health Care	
<i>Katja Kugler, dr. Andreja Kvas</i>	310
Neželeni dogodki pri aplikaciji zdravil s strani medicinskih sester Adverse Occurrences in the Administration of Medication by Nurses	
<i>Irma Kumer</i>	318
Vloga medicinske sestre pri obravnavi bolnikov z multiplo sklerozo The Role of the MS Nurse in Treating Multiple Sclerosis Patients	

<i>Gorazd Laznik</i>	325
Kompetence posameznika v zdravstveni negi Competences an Individual in Nursing Care	
<i>Mag. Ljiljana Leskovic, dr. Nevenka Kregar Velikonja, dr. Vladka Lešer</i>	336
Preprečevanje razjed zaradi pritiska pri dolgotrajno hospitaliziranih pacientih Prevention of Pressure Ulcers in Long-Term Hospitalised Patients	
<i>Mag. Božica Lovirć, Sabina Cviljević, mag. Tihomir Jovanović</i>	345
Korištenje rukavica u kliničkoj praksi The Use of Gloves in the Clinical Practice	
<i>Mirjam Marguč</i>	350
Projekt »Živim življenje ... s stomo« Project "To Live a Life ... with a Stoma"	
<i>Dr. Lorena Mihelač, Goran Delajković</i>	356
Zdravilne lastnosti lesa in vpliv njegove zvočnosti na posameznikovo počutje The Healing Properties of Wood and the Impact of Its Sonority on the Individual's Well-Being	
<i>Dr. Lorena Mihelač</i>	359
Uporaba glasbe pri artikulacijskih vajah za otroke z Downovim sindromom The Use of Music in Articulation Exercises for Children with Down Syndrome	
<i>Dr. Blaž Mlačak, Tanja Mišmaš, Mira Brodarič</i>	368
Multimorbidnost pri sladkornih bolnikih Multimorbidity in Diabetic Patients	
<i>Sabina Mulalič, mag. Miran Rems</i>	376
Vloga koordinatorja zdravstvene oskrbe pri celostni obravnavi pacienta The Role of the Healthcare Coordinator in Holistic Approach to the Patient	
<i>Marijana Neuberger, Irena Canjuga, Tina Cikač</i>	382
Zahtjevnost sestrske skrbi onkološkega pacienta iz perspektive studenata studija sestrinstva Nursing School Students' Perspective on Challenges in Nursing Care of Oncology Patients	
<i>Marijana Neuberger, dr. Goran Kozina, Tina Cikač</i>	390
Znanja i stavovi studenata studija Sestrinstva o emocionalnoj inteligenciji Nursing School Students' Viewpoints and Awareness regarding Emotional Intelligence	
<i>Milena Pavič Nikolić</i>	397
Najpogostejše težave bolnikov na subkutani biološki anti-TNF alfa terapiji The Most Frequent Issues of Patients on Subcutaneous Anti -TNF Alpha Therapies	
<i>Kristina Plaskan, mag. Gregor Jereb, dr. Mojca Jevšnik</i>	403
Higiena rok pri zdravstvenih delavcih in pojavnost bolnišničnih okužb Hand Hygiene of Healthcare Workers and Occurrence of Healthcare- Associated Infections	
<i>Dragica Ranković, Ljiljana Jovčić, Sladjana Zuković</i>	410
Školovanje dece na bolničkem lečenju Education of Hospitalised Children	
<i>Mag. Barbara Rodica, dr. Jasmina Stare</i>	417
Vpliv raziskovanja medicinskih sester na dvig kakovosti zdravstvene nege Impact of the Nurses' Research Work on Increasing the Quality of Nursing Care	

<i>Dr. Alenka Rožanec, dr. Sebastian Lahajnar</i> Uporaba mobilne tehnologije v zdravstvu Secure Use of Mobile Technology in Health Care	428
<i>Mojca Saje</i> Vloga medicinske sestre pri rehabilitaciji pacientov po zlomu kolka The Role of the Nurse in Rehabilitation of Patients after Hip Fracture	438
<i>Melita Sajko, Doroteja Osonjački</i> Stavovi studenata sestrinstva prema osobama sa demencijom Nursing Students' Attitudes Towards People with Dementia	450
<i>Dr. Irena Sedej, Katja Rožman, Lučka Kosec</i> Zavest zaposlenih o podhranjenosti pacientov v Splošni bolnišnici Novo mesto Malnutrition Awareness among Employees in Novo mesto General Hospital	459
<i>Robert Sotler</i> Merjenje kulturnih kompetenc v zdravstvu - uporabnost in zanesljivost Measuring Cultural Competencies in Health Care - Usability and Reliability	468
<i>Mag. Sanja Stanisavljević, dr. Milica Vasiljević Blagojević</i> Remodelovanje profesionalnog identiteta medicinskih sestara Remodeling the Professional Identity of Nurses	478
<i>Dr. Suzana Špendal</i> Sodobni koncepti obravnave starejših oseb s posebnimi potrebami Modern Concepts of Treating Older People with Special Needs	484
<i>Olga Štancar</i> Mednarodni projekti – dodana vrednost pri izobraževanju v zdravstveni negi International Projects – Added Value to Education in Health Care	491
<i>Dr. Milica Vasiljević Blagojević, mag. Sanja Stanisavljević, Spomenka Varajić</i> Motivacija učenika iz učeničkog doma za nastavu zdravstvene nege Communication with the Relatives of Terminally Ill Patients	498
<i>Jurica Veronek, mag. Zlatko Bukvić, Emina Kovačić</i> Mišljenje studenata o osobama s invaliditetom Students' Opinion on People with Disabilities	506
<i>Tanja Vencelj</i> Zadovoljstvo z motiviranjem in nagrajevanjem na delovnem mestu The Employees' Satisfaction with Motivation and Rewards in the Workplace	513
<i>Anamarija Vrhovec</i> Starostnik z demenco v družini An Older Family Member Suffering from Dementia	520
<i>Mag. Uroš Zafošnik, Robertina Benkovič</i> Osebni pristop k pacientu v osnovnem zdravstvu A Personal Approach to the Patient in Primary Care	526
<i>Mateja Zalokar</i> Etika in vrednote v zdravstveno-socialni oskrbi Ethics and Values in Health and Social Care	534
<i>Maja Župan, Božica Lovrič, Sabina Cviljević</i> Pothranjenost u starijoj životnoj dobi Malnutrition in the Older Age	543

Research on Health Qigong Exercise as Prevention of Cardiovascular Disease

UDC 615.8(510):616.1

KEY WORDS: Health Qigong, heart blood vessels, disease prevention

ABSTRACT - The purpose of the research was to provide the scientific basis for training of Health Qigong exercises, in order to find suitable exercising methods for preservation of functions of cardiovascular system and prevent or reduce the occurrence of cardiovascular diseases. Through the practical observation of the effects of the four Health Qigong exercises the following factors were tested (Polar FT80 - heart rate, XXG-D - core blood vessel function, the Subhealth Questionnaire): cardiovascular and other indicators, i.e. the lowest heart rate, maximum heart rate, average heart rate, energy consumption, etc. The testing was done on the group of 60 middle-aged and older people, randomly divided into two groups of 30, one experimental group that practiced four Health Qigong exercises, and the other, i.e. the control group, who did not adopt any new exercises and kept on with their regular daily routine. The results of the experimental group showed that after the practices, the blood pressure had a significant dual-direction regulation, the myocardial contraction was increased, as well as stroke volume and the ability of heart pump compensation; within the control group there were no significant changes.

UDK 615.8(510):616.1

KLJUČNE BESEDE: zdravilni Qigong, ožilje srca, preventiva bolezni

POVZETEK - Namen raziskave je bil zagotoviti znanstveno podlago zdravilne Qigong vadbe, da bi našli primerne vadbene metode za ohranitev funkcij srca in ožilja ter preprečevanja ali zmanjšanja pojavnosti srčno-žilnih bolezni. Skozi praktično opazovanje učinkov štirih vadb zdravilnega Qigonga smo testirali (merilec srčnega utripa z uro Polar FT80, XXG-D merilec žilne funkcije, vprašalnik o slabšem zdravju) naslednje: srčno-žilni in druge kazalnike, tj. najnižji srčni utrip, najvišji srčni utrip, povprečni srčni utrip, poraba energije, itd. Testiranje smo izvedli v skupini 60 ljudi, v srednjih letih in starejših, naključno razdeljeni v dve podskupini po 30 ljudi. Ena je bila eksperimentalna skupina, ki je izvedla štiri vadb zdravilnega Qigonga, druga je bila kontrolna skupina, ki ni izvajala nobene vaje in nadaljevala s svojo redno dnevno rutino. Rezultati eksperimentalne skupine so pokazali, da je po vadbi krvni tlak imel pomembno dvosmerno uravnanost, krčenje miokarda se je povečalo, prav tako tudi moč udarcev srca ter sposobnost kompenzacije črpanja; pri kontrolni skupini ni bilo bistvenih sprememb.

1 Theoretical background

Health Qigong has now spread all over the world. According to statistics, more than 3 million people now practice these healing exercises, among which around 70% are middle aged and older people, since cardiovascular disease is the leading cause of premature aging or death among this group.

The International Federation of Health Qigong has developed nine exercises. The most popular among them are Health Qigong Yi jin jing (12 exercises for muscles and tendons), Six healing sounds, Wu qin xi (Five animal frolics) and Eight brocade. This study focused on these four exercises. Each exercise has specific music, timing and frequency.

2 Research object and methods

2.1 The object of study

Experimental group was gathered in Ezhou of Hubei province, where participants (aged 45-76; 30 people, 10 men and 20 women) were practicing Health Qigong exercises during the 6-month period. The control group was randomly selected from all communities of Ezhou of Hubei province (aged 45-78; 30 people -9 men and 21 women). Altogether 60 participants (see table 1), volunteered. They did not practice or learn the qigong exercises before. Health condition of the participants: if they had a history of a heart disease, this was marked and eliminated in the data analysis. Between the two groups of participants there were no significant differences regarding the following factors: age, height, weight.

Table 1: Basic subjects table

		Male 45~59 years old		Male 60~80 years old		Female 45~59 years old		Female 60~80 years old	
		before	after	before	after	before	after	before	after
Experimental group	number/people	3	3	7	7	8	8	12	11
	average age/year	55.8	55.8	65.3	66.3	50.2	48.5	62.6	62.2
Control group	number/people	3	3	6	6	9	9	12	12
	average age/year	54.6	54.6	66.1	66.1	51.3	51.3	63.5	63.5

2.2 Experiment method

The independent sample was used to test the experimental method prior to testing the cardiac function of quantitative load, which was carried out on the participants in the following intervals: 5 min resting, 3 min of practice, 3 min resting. The Polar FT80 heart-shaking table was used for monitoring measurement and record the movement process. We measured the heart rate in resting state and maximum heart rate during the exercises, then the heart rate immediately after the exercises, and heart rate 3 min after the exercises.

Place and time, test locations and practice: Ezhou of Hubei province Ming tong stadium, by the Wuhan sports college laboratory monitoring human movement science. Starting on March 10, 2016 until September 10, 2016. Practice time: Every morning at 6:30 - 7:30 (60 min).

Instant heart rate monitoring indicators during the four Health Qigong exercises that provide the basis for prevention of elderly cardiovascular disease: the time of the exercise, frequency and heart rate changes. Simultaneously, the sub-health crowd questionnaire according to TCM principles was conducted before and after the exercises, to observe the fitness effect of the experimental group and the control group.

Before and after the experiment every participant had to complete the sub-health crowd questionnaire according to TCM principles, learn and practice and the Health Qigong exercises, during the first week. On the sixth day, they had the first test, and during the last week of the experiment (on the sixth day) the second test. The control group did not practice qigong and maintained normal routines and habits.

2.3 Mathematical statistics

After the experiment, we used VISUAL FOXPRO 6.0 for identifying errors or repeated samples; the complete data were processed by using MATLAB 7.0 and SPSS 12.0. All data are represented by mean \pm standard deviation, and comparison between groups with independent sample t-test.

3 Results and analysis

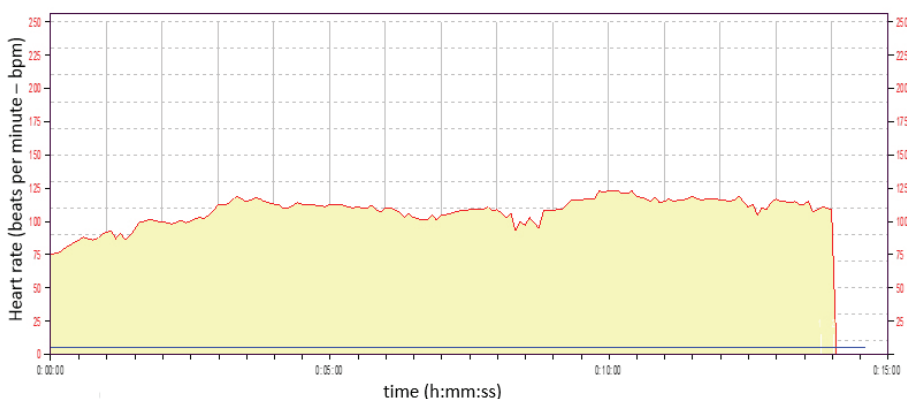
3.1 Practice of four health qigong exercises on the instant heart rate test and heart rate changes

Due to the continued observation in this study, the following instant heart rate test and heart rate change is representative in the second test.

3.1.1 Practicing Health Qigong Wu qin xi - instant heart rate and heart rate variation test

In a fixed time, quiet conditions, guided practice of Health Qigong Wu qin xi was performed in 14 minutes (see figure 1).

Figure 1: Health Qigong Wu qin xi using instant heart rate change curve



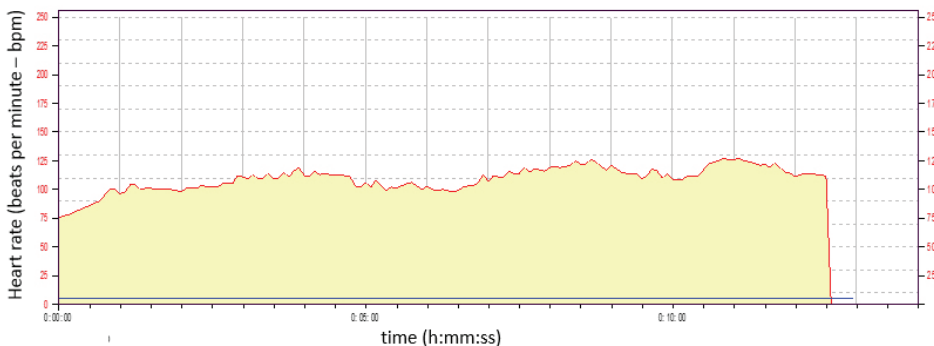
Three times in 14 minutes, the heart rate significantly peaked, and it gradually changed from low to high. The long wave represents Wu qin xi, which influences the characteristics of joints, and has good effects on the cardiovascular system.

Figure 1 also shows that at 3 minutes and 20 seconds, as they were performing the tiger jump, the main body action caused the heart rate to form the first peak, and the peak time is long; at 9 minute and 30 seconds, the ape picked as the main body motion formed the second wave. At 10 minutes and 30 seconds, the birds play as the main body movement formed the third wave. The minimum rate of 75 beats per minute, maximum heart rate of 123 beats per minute, the average heart rate 107 beats per minute, heartbeat for a total of 1578 times, energy consumption was 49 calories. 70 ~ 80 times/min of heart rate is 15", accounted for 1.7%; 80 ~ 90 times/min rate is 55", accounted for 6.2%; 90 ~ 100 times/min's heart rate is 1 '10", accounted for 7.9%; 100 ~ 110 times/min's heart rate is 4 '15", accounted for 28.8%; The heart rate of 110 ~ 120 times/min is 6 '50", accounted for 46.3%; 120 ~ 130 times/min rate of 40", accounted for 4.5%.

3.1.2 Practicing qigong Eight brocade: instant heart rate and heart rate variation test

In a fixed time, quiet condition, the guided practice of Health Qigong eight brocade was performed for 12 minutes 30 seconds (see figure 2).

Figure 2: Health Qigong Eight brocade when practicing the instant heart rate change curve



At 12 minutes and 30 seconds, the heart rate had three significant peaks, and the heart rate changed gradually from low to high, each wave of time is quite long, representing the eight jin outside, for drawing long, massage viscera, enhancing dynamic characteristics of the joints.

Figure 2 shows that at 3 minutes and 35 seconds, as before opening like the eagle, the main body action caused the heart rate to form the first peak; from 7 minutes and 35 seconds to 8 minutes and 40 seconds, the heart rate increased, a few solid kidney-waist movements were the main body movements to form the second wave. At 10 minutes 50 seconds, boxing by glaring strength increases as the main body movements for-

med the third wave. The minimum rate of 75 beats per minute, maximum heart rate of 127 beats per minute, the average heart rate 109 beats per minute, heartbeat for a total of 1426 times, energy consumption was 46 calories. The heart rate of 70 ~ 80 per minute for 15 seconds, accounting for 1.9%; the heart rate of 80 ~ 90 per minute for 25 seconds, accounting for 3.2%; the heart rate of 90 ~ 100 to 55 seconds per minute, accounted for 7.0%; the heart rate of 100 ~ 110 per minute for 4 minutes 5 seconds, accounting for 31.2%; the heart rate of 110 ~ 120 per minute for 5 minutes, accounting for 38.2%; the heart rate of 120 ~ 130 per minute for 1 minutes and 55 seconds, accounted for 14.6%.

3.1.3 Practicing Health Qigong yi jin jing, instant heart rate and heart rate variation test

In a fixed time, quiet condition, guided practice of Health Qigong yi jin jing was performed for 13 minutes and 10 seconds (see figure 3).

Figure 3: Health Qigong yi jin jing, the instant heart rate change curve

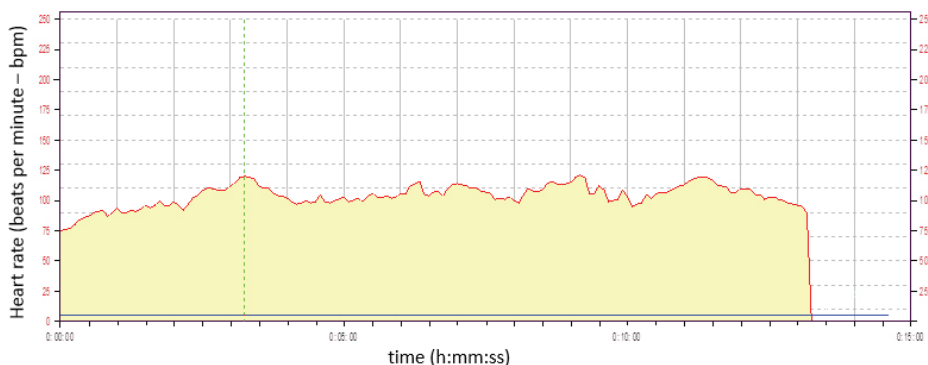


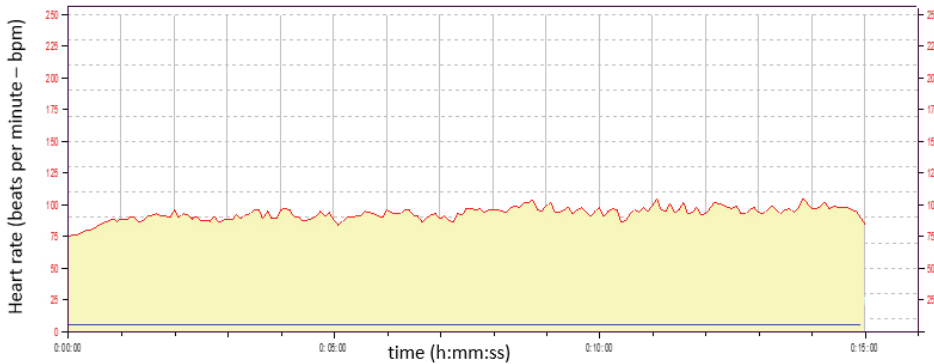
Figure 3 shows that at 3 minutes and 15 seconds, the tugging of nine oxtail potential was the main position, causing the heart rate to form the first peak. At 7 minutes, the three fall terrain as the main body motion formed the second wave, and at 8 minutes, the lie tiger potential as the main body movements formed the third wave. At around 11 minutes, with periodic potential as the main body movements formed the fourth wave, its lowest rate is 75 beats per minute, maximum heart rate of 121 beats per minute, the average heart rate 103 beats per minute, heartbeat for a total of 1519 times, energy consumption of 43 calories. Heart rate fluctuations within the normal range, accord with the requirement of aerobic exercise and fitness, 70 ~ 80 of heart rate per minute for 15 seconds, accounting for 1.7%; the heart rate of 80 ~ 90 per minute for 25 seconds, accounting for 2.8%; the heart rate of 90 ~ 100 of 3 points per minute 10 seconds, accounting for 21.5%; the heart rate of 100 ~ 110 per minute for 5 minutes and 40 seconds, accounting for 38.4%; the heart rate of 110 ~ 120 per minute for 3 minutes and 35 seconds, accounting for 24.3%; the heart rate of 120 ~ 130 per minute for 10 seconds, accounted for 1.1%. In 13 minutes and 10 seconds, the heart rate achieved four significant peaks, and it changed its trend gradually from low to high, this is in,

Health Qigong yi jin jing, common clubmoss bone pull, the characteristics of the yi jin sui, and have good effects on the cardiovascular system.

3.1.4 Practicing qigong Six healing sounds: instant heart rate and heart rate variation test

In a fixed time, quiet condition, guided practice of the Health Qigong six healing sound was performed for 15 minutes (see figure 4).

Figure 4: Instant heart rate change curve of qigong six healing sounds



The whole heart rate curve is slightly more wavy, its lowest rate of 75 beats per minute, maximum heart rate of 105 beats per minute, the average heart rate 93 beats per minute, heartbeat, a total of 1402 times, and the energy consumption of 31 calories. Heart rate fluctuations within the normal range, accord with the requirement of aerobic exercise and fitness. The heart rate of 70 ~ 80 per minute for 20 seconds, accounting for 2.2%; the heart rate of 80 ~ 90 of 3 points per minute for 5 seconds, accounting for 20.4%; the heart rate of 90 ~ 100 per minute for 10 minutes and 35 seconds, accounting for 70.2%; the heart rate of 100 ~ 110 per minute for 1 minutes 5 seconds, accounting for 7.2%; at 15 minutes, the heart rate experienced a slight wave for many times, and it changed gradually from low to high, it is in qigong six healing sounds enunciation pronunciation, the characteristics of internal and external and repairing. During the Qigong six healing sounds the heart rate curve into the “zigzag”, no big change, the 90 ~ 100 per minute heart rate accounted for 70.2%, this is the method advantages and disadvantages. Therefore, chose the index of heart rate, because the heart rate index has immediacy, operability, easy to track test, is an effective indicator of reaction intensity, frequency and master the variation of heart rate in practice and the basic of this motion, is helpful to improve the effect of practice.

3.2 Effects on cardiovascular and common diseases after the experiment

3.2.1 Effects on cardiovascular disease after the experiment

The results of the experimental group that practiced the four Health Qigong exercises showed that the blood pressure can make significant two-way adjustment function,

the myocardial contraction force and stroke volume increased, as well as heart pump power; the exercises effectively improve the elasticity of blood vessel, increase the blood volume, improve the speed of blood flow and blood concentration, compared to before practice. The control group showed no significant changes regarding the blood pressure, heart rate, myocardial contraction force enhancement, vascular elasticity and blood stroke.

3.2.2 Comparison of the experimental group and control group

After six months of Health Qigong practice, the experimental group markedly improved within the following indicators: high blood pressure, chest tightness, anxiety, insomnia, constipation, appetite, such as common disease. The control group did not show any significant changes (see table 2).

Table 2: Comparison, the experimental group and control group for common disease period

Groups	blood pressure %	chest tightness %	Insomnia %	Constipation %	Anxiety %	Appetite %
Experimental group	68.30	72.50	68.64	57.60	58.20	83.80
Control group	1.2	2.1	-1.0	1.10	-2.20	-1.50
Comparison	67.1	70.5	69.64	10.5	60.4	85.30

Independent samples t-test between groups, showed significant differences.

3.3 Analysis and discussion

3.3.1 Physiological characteristics of older people

People over 40 years old begin to show the signs of aging in the body form and function. In older people, series of changes take place in body shape and function, mainly displayed as following: the body's metabolism is not an active part of the composition's proportion increase, e.g. in 65-year-olds compared with 20-year-olds, their body fat can be up to 10 to 20% of the weight; moisture in cells shows a trend of decrease with the age growth, resulting in a decrease of intracellular fluid volume, leading to the decrease in the number of cells, therefore, organs shrink. This can result in organs' hypofunction, especially in the digestion and absorption, metabolism, excretion and circulation. In terms of digestion function in the elderly, mucosal atrophy and motor function impairment is common. For those over 60 years old, 50% can experience change of atrophic gastric mucosa, especially intestinal peristalsis abate can cause indigestion, and constipation. The digestive gland atrophy reduces the volume of secretion of digestive juice, and the digestive ability declines. In terms of neural tissue function, the number of nerve cells in cerebral arteriosclerosis decreases, cerebral blood flow resistance increases, there is also utilization rate of decline in oxygen and nutrients, causing decline in brain function and some nervous system symptoms, such as memory loss, forgetfulness, insomnia, mood changes and even some mental symptoms. In terms of cardiovascular function, blood vessels also undergo a series of changes with age. After age 50, physiologic hardening of the blood vessel walls

becomes apparent, and many older people experience lipid deposition in the blood vessel walls; the vascular wall elasticity declines, causing an increased brittleness. In the old age, the blood vessels increase peripheral resistance and the people often experience the increase of blood pressure. Capillaries in the tissues of the viscera effectively decrease and resistance increases, reducing the flow of blood to the tissue, causing people to be prone to tissues and organs disorders. Blood vessel brittleness increases, the blood flow velocity slows down, significantly increasing the chance of a cardiovascular accident, such as the incidence of cerebral haemorrhage, cerebral thrombosis, etc., being significantly higher than at young age. In terms of respiratory function, older people experience the atrophy of thoracic bones, ligaments, decreased elasticity; tracheal and bronchial alveolar are often prone to alveolar expansion and emphysema, lung capacity and pulmonary ventilation significantly decreases, as well as the number of alveoli. All the mentioned can effectively reduce the gas exchange area, and carbon dioxide discharge efficiency declines. Slow blood flow velocity, the decrease in the number of capillary, reduction of the tissue cells and the change of membrane permeability, decreased cell respiration, the oxygen utilization rate decline – these are all consequences of aging. As a result, Health Qigong exercise is not only beneficial to slow the aging process, but also for the prevention of diseases and during the rehabilitation.

3.3.2 Experimental data (for older people) in Health Qigong

Heart rate is the frequency of the heartbeat. Heart rate is observed in measuring the impact of Health Qigong exercise on cardiovascular indicators. Through instant heart rate measurement, mastering the Health Qigong movement time, movement frequency, and intensity, we got the reliable basis for older people practicing qigong, as shown in figures 1 to 4. Long-term aerobic exercise can improve the tension of older people, the vagus nerve, increased vagus nerve tension by raising the occurrence of ventricular fibrillation threshold, thus for heart protection. The figures 1 to 4 also show that Health Qigong is an aerobic exercise, reaching the bull's-eye rate scope of aerobic exercise of older people, therefore it has a good fitness result. Table 2 shows that Health Qigong offers positive results in preventing high blood pressure, chest tightness, insomnia, anxiety, loss of appetite, constipation and other common diseases. If practitioners practice Health Qigong exercises according to their own physical condition, their fitness effect is remarkable. Such as Health Qigong Wu qin xi tiger (one of the forms) increases flexibility of the spine and each joint. The bending twisting of the waist fully rotates the spine and promotes internal massage, regulating zang-fu qi activity, and increasing the waist muscle strength and can control the waist strain. Traditional Chinese medicine thinks that “fu” of waist for kidney, can have the effect of strong waist kidney, strong muscle JianGu. The Wu qin xi Deer exercise releases the neck shoulder syndrome and shoulder joint inflammation. The twisting of the torso can correct the spinal deformity, strengthen the waist, and back muscles. Hip walking (the bear exercise), step and fall of microtremor, can enhance the strength of the muscles around the hip, improve balance ability, helps to prevent the lower limb weakness, hip injury, knee pain, which can effectively prevent the possibility of the fall and cause

cardiovascular disease. The Monkey exercise and the rapid hand movement enhance the nerve - muscle reflect sensitivity. Squeezing the chest and neck vessels, in cooperation with breathing exercises can massage cardiopulmonary function, enhance the blood oxygen exchange capacity; another monkey exercise is beneficial to the neck movement and promotes the blood circulation to the brain. According to the above analysis, Health Qigong is pertinent and effective for prevention of cardiovascular disease and common disease rehabilitation with theoretical basis and technical support.

4 Discussion

When practicing qigong changes of heart rate fluctuations are within the scope of the aerobic exercise, therefore exercise is good for the cardiovascular function in older people.

Heart rate fluctuations are one of the important indicators of reaction intensity; the test results show that Health Qigong movement of structure, the reasonable exercise intensity, exercise time, movement frequency, accords with the physical law of fitness, and the cardiovascular disease prevention effect is obvious.

Health Qigong exercise is good for regulation of emotions, it improves the practitioners awareness of body and mind, help the practitioner develop good living habits; nevertheless, rehabilitation has a positive significance for cardiovascular disease.

Practicing qigong techniques significantly improves high blood pressure, chest tightness, insomnia, anxiety, loss of appetite, constipation and other common diseases.

LITERATURE

1. The state general administration of sports fitness qigong management center. (2003). Health qigong yi jin jing, [M] Beijing: People's sport publishing house, 7, 2-3.
2. Tian, M. (1998). An introduction to the continuous slow fitness [J]. Beijing: The sports science, 6, 14.
3. Ren, J. (1996). Cardiovascular exercise physiology and exercise prescription [M]. Beijing: Beijing sport university press, 20-22.
4. The state general administration of sports fitness qigong management center. (2003). Health qigong · wuqinxi [M] Beijing: people's sport publishing house, 7, 15-19.
5. The state general administration of sports fitness qigong management center. (2003). Qigong six healing sounds [M] Beijing: People's sports press, 7, 13-7.
6. The state general administration of sports fitness qigong management center. (2003). Qigong · eight jin [M] Beijing: people's sport publishing house, 7, 17-20.
7. Zhang, L. (1997). Aerobic exercise on the influence of cardiac autonomic nervous regulation [J]. Chinese journal of applied physiology, 13 (4), 289.
8. Yang, S. ang Long, Y. (2004). Taijiquan exercise on the elderly and the effect of autonomic nervous function [J]. Chinese journal of physical medicine and rehabilitation, 26 (6), 348-350.
9. Yang, S. (1998). Practical exercise physiology [M]. Beijing: Beijing sport university press, 94-124.

Mnenje medicinskih sester o upravljanju z raznolikostjo pacientov

UDK 614.253+316.72

KLJUČNE BESEDE: upravljanje, raznolikost, pacienti, medicinske sestre, zdravstvena nega

POVZETEK - V prvem delu prispevka opisujemo lastnosti učinkovite medicinske sestre pri upravljanju z raznolikostjo pacientov. Ključno za raznolikost v zdravstveni negi je, da je medicinska sestra sposobna v okviru svojih pristojnosti nuditi pacientom kompetentno zdravstveno nego in oskrbo ne glede na njihovo osebnost, primarne (spol, starost, narodnost, psihične sposobnosti) in sekundarne dejavnike (izobrazba, verska usmeritev, geografsko okolje, jezik, videz). Znanje medicinske sestre za upravljanje z raznolikostjo pacientov se odraža v njenem vedenju, da je bistvo sodobne zdravstvene nege usmerjenost k pacientu kot celoviti osebnosti, v kateri je le-ta v središču dogajanja, da ga podpira pri njegovi odgovornosti do samega sebe, s čimer mu omogoča varno klinično okolje, v katerem je spoštovan, ima pravico do izbire, odločanja, dostojanstva, zasebnosti in intimnosti. V drugem delu prispevka predstavljamo rezultate empirične raziskave, ki podrobno osvetlijo mnenje medicinskih sester o upravljanju z raznolikostjo pacientov.

UDC 614.253+316.72

KEY WORDS: patient diversity management, nurse, nursing care

ABSTRACT - In the first part of the paper, we point out the diversity management concept and describe the characteristics of an effective nurse in managing the diversity of patients. Crucial for diversity in health care is that nurses, within their competences, are able to provide a competent nursing care and treatment for patients, regardless of patients' personality, primary (gender, age, nationality, physical abilities) and secondary factors (education, religious orientation, geographical environment, language, appearance). Knowledge of nurses for managing patients' diversity is reflected in their awareness that the essence of modern nursing care is the orientation towards the patient as the comprehensive personality, where the patient is in the centre of the action; that the patient is supported in their self-responsibility, which is provided by a safe clinical environment where the patient is respected, has the right to choose, to decision-making, to dignity, privacy and intimacy. In the second part of the paper, we present the results of the empirical research, which thoroughly illuminate nurses' opinion on managing the patients' diversity.

1 Uvod

Raznolikost v zdravstvenih ustanovah pomeni zlasti prepoznavanje razlik in spoštovanje posameznika (pacienta) ne glede na te razlike ter s tem skrb za zagotavljanje vključenosti in enakosti. Pojmovanje enakopravnosti se ne nanaša samo na vse oblike življenja, ampak je zakoreninjeno v načelu, da je vsaka oseba nedotakljiva, kar je osnovano na pravici, ki je tudi dobrobit družbe kot celote ne more preseči (Rawls, 1971, v West-Burnham, 2010, str. 8). Medicinske sestre morajo biti pri svojem delu zelo senzibilne in strpne do vseh oblik različnosti. Nepremišljeno ravnanje lahko hitro privede do posplošenih stereotipnih sodb o pacientih, ki kakorkoli izstopajo. Pomembno je upoštevanje načela, da medicinske sestre ne nudijo zdravstvene nege in oskrbe vsem pacientom enako in ne delajo enako z vsemi, ampak z različnimi različno.

Vsaka družbena skupina ima svoj način razumevanja zdravja in bolezni. Prav tako vsaka družba razvija kopico specifičnih načinov in praks ohranjanja zdravja in zdravljenja bolezni. Četudi so za zunanjega opazovalca nerazumne, so te prakse z vidika pripadnikov določene skupine logične (Jelenc idr., 2016, str. 37). Vse to pa ne velja zgolj za uporabnike zdravstvenih storitev (paciente), tudi zdravstveni delavci imajo svoja kulturna prepričanja, ki vplivajo na zdravstveno obravnavo. Ta prepričanja so na eni strani posledica poklicnega izobraževanja in dela v zdravstveni ustanovi, pri čemer lahko o medicini govorimo kot o posebni kulturi. Na drugi strani pa na prepričanje zdravstvenih delavcev vplivajo različni vidiki njihovih vsakodnevnih izkušenj in življenj (Lupton, 2012). Zato, po besedah Jelenc idr. (2016, str. 37), klinična praksa zdravstvenih delavcev ne more biti »kulturno nevtralna«, ločena od družbe, v kateri živijo. Zato lahko govorimo o klinični praksi kot o polju, na katerega, prav tako kot na vse druge vidike življenja, vpliva mnogo kulturnih, družbeno-ekonomskih in organizacijskih dejavnikov.

Da bi lažje razumeli koncept raznolikosti, si lahko pomagamo z grafičnim modelom, ki prikazuje dimenzije (dejavnike) raznolikosti in njeno večplastnost na osebni in organizacijski ravni. Vsak posameznik je neponovljiva kombinacija teh dejavnikov (Greif, 2009, str. 10).

Slika 1 : Dimenzije (dejavniki) raznolikosti



Osebnost (središče grafa) je izrecno individualna dimenzija, ki sestavlja jedro človekove osebnosti. Pokriva vse vidike osebe, posameznika ali posameznice, lahko jo označimo kot edinstveni osebni stil posameznika. Nanaša se na množico edinstvenih osebnostnih lastnosti, na motive, čustva, vrednote, interese, vedenje in sposobnosti. Na te značilnosti v veliki meri vplivajo dednost, družbeno, kulturno in

družinsko okolje, v katerem posameznik živi. Notranji oz. primarni dejavniki (2. plast) so glavne kategorije, ki sestavljajo jedro raznolikosti. Za našete dejavnike velja, da so nespremenljivi, ker so odvisni od genskega zapisa in jih pri posamezniku načeloma ni mogoče spreminjati ali pa zelo težko oz. pod določenimi pogoji. Vplivajo na samopodobo človeka. Zato jih je treba še posebej vestno upoštevati pri politiki enakih možnosti. Te glavne kategorije so odvisne od družbenega okolja, nanje delujejo različni vplivi, ki nastopajo v ostalih treh plasteh grafa (zunanji in organizacijski dejavniki). Zunanji oz. sekundarni dejavniki (3. plast) so dejavniki, za katere je značilno, da se lahko spreminjajo. Predstavljajo individualne razlike, na katere imamo močan vpliv in jih lahko nadzorujemo. Izkazujejo močan vpliv na našo percepcijo, obnašanje in vednje. Organizacijske dejavnike (4. plast), ki se nanašajo na raznolikosti, pogojene z javnim življenjem, določajo delodajalci, sindikati in drugi. Sindikati s svojim delovanjem lahko vplivajo na kakovost delovnih razmer in organizacijske dejavnike raznolikosti.

Če dimenzije raznolikosti povežemo s kliničnim okoljem, lahko trdimo, da raznolikost in edinstvenost pacientov naredi edinstveno delovno okolje. To predstavlja velik potencial za doseganje napredka, kreativnost in produktivnost, hkrati pa ustvarja v zdravstveni ustanovi predvsem specifične situacije, konflikte in izzive. Dobro zavedanje medicinskih sester o različnosti med pacienti ter njihovo obvladovanje lahko predstavlja veliko prednost, ki se odraža v višji produktivnosti celotnega kolektiva. Hkrati pa različnost ustvarja tudi številne konflikte in izzive, ki lahko zavirajo produktivnost, če jih zdravstveni delavci ne znajo ustrezno rešiti. Upravljanje raznolikosti mora temeljiti na moralnih, etičnih in pravnih merilih medicinske sestre na področju nediskriminacije, hkrati pa mora odražati tudi povezanost identitete zdravstvene ustanove s človekovimi pravicami (Keil idr., 2007, str. 8).

Sodobni model zdravstvene nege poudarja, da je zdravstvena nega usmerjena k pacientu, ki je v središču dogajanja, sprejemajo ga kot enakovrednega partnerja, kot integrirano, celovito osebnost, kot bio-psiho-soc-duhovno celoto, ki je odgovoren sam zase in aktivno sodeluje glede na svoje sposobnosti in zmožnosti (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 60). Pri tem pa mu je v veliko oporo in pomoč medicinska sestra, ki ima avtonomno vlogo, suvereno zastopa interese pacienta v zdravstvenih in drugih timih, kjer deluje kot enakovredna sodelavka, in je nosilka in izvajalka avtonomne stroke zdravstvene nege (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 66). Po mnenju Babnik idr. (2014, str. 158) lahko to dosežemo s senzibilizacijo sedanjih in bodočih zdravstvenih delavcev za upravljanje z raznolikostjo pacientov, z ustreznim prepoznavanjem kulturnih vzorcev lastnega socialnega okolja, pridobivanjem znanja o drugih kulturnih okoljih in motiviranju sedanjih in bodočih zdravstvenih delavcev za aplikacijo znanj in veščin upravljanja raznolikosti pacientov v praksi.

Loredan in Prosen (2013) poudarjata pomen interakcije s pripadniki drugih kultur in menita, da se kulturne kompetence v zdravstvenih ustanovah ne razvijajo samoumevno zgolj s pridobivanjem znanja o posamezni kulturi. Betancourt idr. (2002) pa dodajajo, da dejavnike, kot so etična, nacionalna in rasna pripadnost, spol ter jezik sporazumevanja, ki oblikujejo prepričanja in vrednote ter motivirajo zdravstvene delavce pri vedenju, lahko opisujemo kot sociokulturne dejavnike. Zdravstveni delavci, ki so

sposobni prepoznati dejavnike raznolikosti pri posameznih pacientih, njihov pomen zanje, njihovo družino ali širšo družbo, lahko ohranjajo kulturno integriteto pri izvajanju zdravstvene nege (Loredan in Prosen, 2013). Neprestano razvijanje sposobnosti, spretnosti in znanj zdravstvenih delavcev je ključnega pomena za obstoj in razvoj praks zdravstvene nege (Železnik, 2008). Zdravstveni sistem, ki lahko zagotavlja ustrezno upravljanje z raznolikostjo pacientov, se lahko opredeli kot kulturno kompetenten (Anderson idr., 2003).

Zdravstvene ustanove se morajo zavedati, da sodobni globaliziran svet postaja vse bolj raznolik in je posledica prostovoljnih in neprostovoljnih migracij ter drugih socio-ekonomskih sprememb. Zdravstveni delavci delajo z vse bolj kulturno raznoliko populacijo (Hvalič Touzery, 2014a, str. 56). Ob tem se morajo zavedati, da jih raznolikost pacientov bogati na vseh področjih, v širšem kontekstu pa tudi na področju kulture in delovanja družbe. Kljub temu je zaradi zakoreninjenosti stereotipov in negativnega odnosa do »drugačnosti«*»* diskriminacija na osnovi raznolikosti vse pogostejša. To pa je zagotovo razlog za to, da začnemo resno razmišljati o posodobitvah kurikulumov, učnih načrtov učnih enot študijskih programov zdravstvene nege in začnemo o raznolikosti najprej osveščati visokošolske učitelje, ki se morajo naučiti sproščeno pogovarjati o raznolikosti s svojimi študenti. Če želimo, da diplomanti zdravstvene nege postanejo občutljivi in odprti za ljudi in socialne situacije ter razvijejo komunikacijske spretnosti v domačem in mednarodnem okolju, spoštujejo nediskriminativnost in multikulturnost ter poznajo in razumejo razvojne težnje, razlike in potrebe pacienta, moramo iz zaprtega kurikulumu preiti v odprt kurikulum, ki omogoča iniciativo študentov in učiteljev, spontanost dogodkov v poučevanju in ustvarjalno obnašanje vseh udeležencev v tem procesu. Zakaj je to tako pomembno? Zato, ker mora biti kulturno kompetentna medicinska sestra občutljiva na problematiko, povezano s kulturo, raso, etnično pripadnostjo, spolom in spolno orientacijo (Hvalič Touzery, 2014b, str. 46). Medicinske sestre morajo znati upravljati z raznolikostjo pacientov, da bodo lahko učinkovite pri svojem delu, da bodo ustrezno ocenile, razvile in implementirale intervencije, ki so namenjene potrebam pacientov. To zanje seveda pomeni, da so sposobne poznati lastna stališča do posameznih dimenzij (dejavnikov) raznolikosti, ki pa ne smejo prevzeti obliko predsodkov. Po mnenju avtorja Rungapadiachy (2003, str. 142) stališča in predsodki morda sodijo med najbolj vplivne dejavnike, ki usmerjajo delo na področju zdravstva. To pomeni, da je lahko pomanjkanje zavesti o lastnih stališčih za paciente izjemno neugodno. Najboljša zaščita pred negativnimi stališči in predsodki je samozavedanje tistega, ki nudi pomoč in nego. Samozavedanje bo pravzaprav pomenilo prednost za tistega, ki nudi pomoč ali nego, in ga bo vodilo k učinkovitemu nudenju pomoči.

2 Metodologija

2.1 Namen in cilji raziskave

Temeljni namen raziskave je ugotoviti in preučiti, katere dimenzij raznolikosti vplivajo na odnos medicinskih sester do pacientov in na kakovost izvajanja zdravstvene nege in oskrbe.

Cilji raziskave so ugotoviti:

- o katerih dimenzijah raznolikosti pacientov medicinske sestre razpravljajo s svojimi sodelavci,
- katere od dimenzij raznolikosti vplivajo na odnos medicinskih sester do pacientov,
- katere od dimenzij raznolikosti vplivajo na kakovost izvajanja zdravstvene nege in oskrbe,
- o katerih dimenzijah raznolikosti bi morali po mnenju medicinskih sester poučevati študente zdravstvene nege.

2.2 Raziskovalna vprašanja

Postavili smo naslednja raziskovalna vprašanja:

- O katerih dimenzijah raznolikosti pacientov medicinske sestre razpravljajo s svojimi sodelavci?
- Katere od dimenzij raznolikosti vplivajo na odnos medicinskih sester do pacientov?
- Katere od dimenzij raznolikosti pacientov vplivajo na kakovost izvajanja zdravstvene nege in oskrbe?
- O katerih dimenzijah raznolikosti bi morali po vašem mnenju študente zdravstvene nege poučevati?

2.3 Raziskovalne metode in tehnike

Raziskava temelji deskriptivni in kavzalno-eksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Podatki so bili obdelani s statističnim paketom SPSS 19.0. Izračunane so bile absolutne in relativne frekvence, pri lestvicah stališč pa povprečne ocene. Za tehniko zbiranja podatkov smo uporabili vprašalnik o merjenju dejavnikov raznolikosti, pri čemer smo uporabili razdelitev plasti raznolikosti po T. Greif (2009). Dimenzije smo razdelili na osebnost (osebnost, vrednote), primarne dejavnike (starost, spol, rasa, etničnost, fizične sposobnosti, spolna usmerjenost) in sekundarne dejavnike (religija/veroizpoved, zakonski stan, izobrazba, zunanji videz). Medicinske sestre so ocenjevale pomembnost plasti raznolikosti (osebnost, primarni dejavniki, sekundarni dejavniki) po modelu lestvice stališč. Stopnje lestvic so bile razporejene od 1 do 3, pri čemer 1 pomeni nikoli ne vplivajo, 2 pomeni včasih vplivajo in 3 pomeni da, vplivajo.

2.4 Vzorec

V raziskavi je sodelovalo 449 zdravstvenih delavcev, od tega 12 % moških in 88 % žensk. 30 % je starih od 31 do 40 let, po 25 % je starih do 30 let in 41 do 50 let ter 20 % jih je starih 51 let in več. Med njimi je 68 % diplomiranih medicinskih sester/di-

plomiranih zdravstvenikov, 19 % srednjih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov, 8 % magistric/magistrov različnih smeri v zdravstvu in zdravstveni negi in 5 % višjih medicinskih sester. Največ (32 %) jih ima do 10 let delovne dobe, 26 % od 11 do 20 let delovne dobe in po 21 % jih ima 21 do 30 let ter 31 let in več delovne dobe. 55 % jih je zaposlenih v primernem zdravstvenem varstvu, 27 % v sekundarnem zdravstvenem varstvu in 17 % v terciarnem zdravstvenem varstvu. 35 % jih je z delom, ki ga opravljajo, zelo zadovoljnih, 56 % zadovoljnih, 6 % se jih ne more odločiti, 2 % je nezadovoljnih, nihče pa ni zelo nezadovoljen.

2.5 Postopek zbiranja podatkov

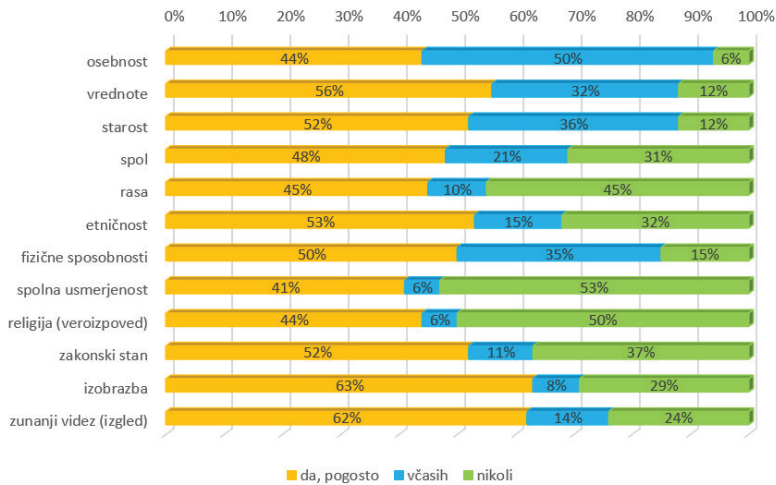
Zbiranje podatkov je potekalo od 19. 10. 2016 do 31. 10. 2016 prek spletnega portala www.lka.si. Spletno povezavo do ankete smo posredovali kontaktom prek spletne pošte ter povezavo objavili na družabnih omrežjih, pri čemer smo uporabili vzorčenje z metodo socialnih omrežij – metodo snežne kepe. Vsi anketiranci so v raziskavi sodelovali prostovoljno in anonimno. Upoštevali smo vsa etična načela raziskovanja in varovanja pridobljenih podatkov (osebni podatki anketiranih niso bili povezani z odgovori, kar nam je onemogočilo identifikacijo z objavljenimi rezultati, prav tako pa so bili podatki uporabljeni samo za namen raziskave in ne za kasnejše neraziskovalne namene, ki kršijo informacijsko dimenzijo zasebnosti).

3 Rezultati raziskave in interpretacija

Glede na teoretična izhodišča smo za potrebe naše raziskave vse dimenzije raznolikosti združili v tri skupine: (1) osebnost, kamor uvrščamo osebnost in vrednote, (2) primarne dejavnike, kamor uvrščamo starost, spol, raso, etničnost, fizične sposobnosti in spolno usmerjenost, (3) sekundarne dejavnike, kamor uvrščamo religijo (veroizpoved), zakonski stan, izobrazbo in zunanji videz (izgled).

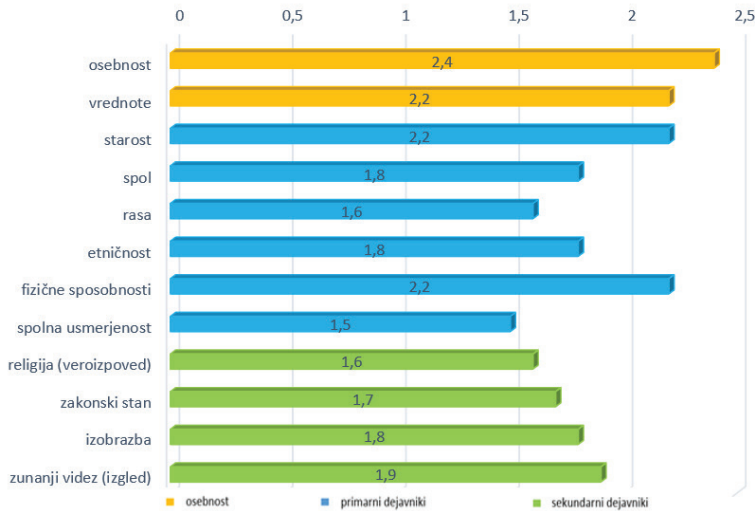
Zanimalo nas je, kako pogosto se zdravstveni delavci pogovarjajo o dimenzijah raznolikosti njihovih pacientov (Graf 1). Prosili smo jih, da ocenijo pogostost pogovorov o dimenzijah raznolikosti od 1 do 3, pri čemer 1 pomeni nikoli, 2 včasih in 3 da, pogosto. Iz grafa 1 je razvidno, da se 43 % anketiranih pogosto pogovarja o izobrazbi svojih pacientov, njihovem zunanjem videzu (izgledu) v 62 %, o vrednotah pacientov 56 %, 53 % se pogovarja o etničnosti pacientov, 52 % o starosti in zakonskem stanu pacientov, 50 % o fizičnih sposobnostih pacientov, 48 % o spolu, 45 % o rasi, 44 % se najpogosteje pogovarja o osebnosti in religiji (veroizpovedi) pacientov in 41 % o pacientovi spolni usmerjenosti.

Graf 1: Pogovor s sodelavci o dimenzijah raznolikosti njihovih pacientov



Vir: Anketa, 2016.

Graf 2: Pogovor s sodelavci o dimenzijah raznolikosti njihovih pacientov (povprečne ocene)

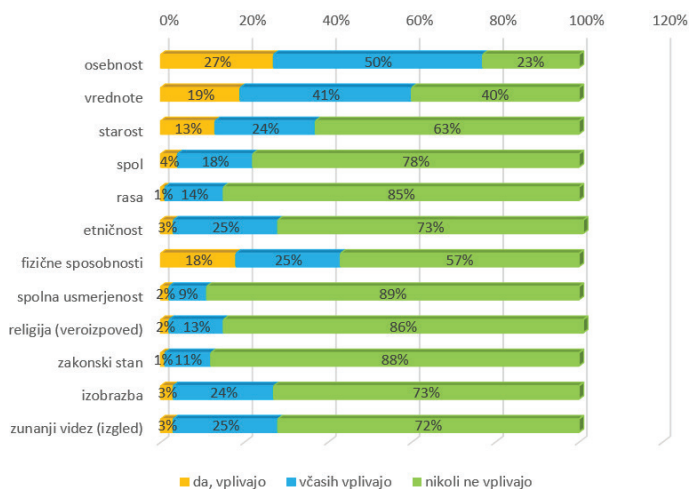


Vir: Anketa, 2016.

Za ugotavljanje, v koliki meri se anketiranci pogovarjajo s svojimi sodelavci o vseh treh plasteh raznolikosti, smo izračunali povprečne ocene (Graf 2). Ugotovili smo, da se anketirani zdravstveni delavci o vseh treh plasteh raznolikosti s svojimi sodelavci pogovarjajo z različno intenzivnostjo, saj so jih različno ocenili: osebnost s povprečno oceno od 2,2 do 2,4; primarne dejavnike s povprečno oceno med 1,5 in 2,2 ter sekun-

darne dejavnike med 1,6 in 1,9. Najpogosteje se pogovarjajo o osebnosti pacientov ($\bar{x} = 2,2$), med primarnimi dejavniki o starosti ($\bar{x} = 2,2$) in fizičnih sposobnostih pacientov ($\bar{x} = 2,2$) ter med sekundarnimi dejavniki o zunanjem videzu pacientov ($\bar{x} = 1,9$). Zanimalo nas je tudi, katere od dimenzij raznolikosti pacientov vplivajo na odnos zdravstvenih delavcev do njih (Graf 3). Prosili smo jih, da ocenijo vpliv dimenzij raznolikosti od 1 do 3, pri čemer 1 pomeni nikoli ne vplivajo, 2 včasih vplivajo in 3 da, vplivajo.

Graf 3: Vpliv dimenzij raznolikosti pacientov na odnos zdravstvenih delavcev do njih

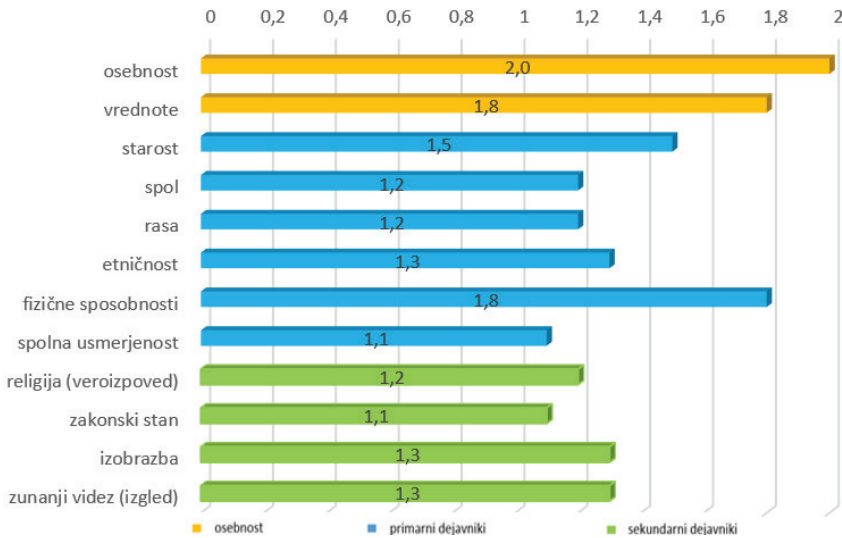


Vir: Anketa, 2016.

Rezultati raziskave kažejo, da zdravstveni delavci zagotavljajo v izjemno visokem odstotku, da posamezne dimenzije raznolikosti pacientov na njihov odnos do njih nikoli ne vplivajo. Na 89 % nikoli ne vpliva spolna usmerjenost pacientov, na 88 % nikoli ne vpliva zakonski stan, na 86 % nikoli ne vpliva religija (veroizpoved), na 85 % nikoli ne vpliva rasa pacientov, na 78 % nikoli ne vpliva spol pacientov, na 73 % nikoli ne vplivata etničnost in izobrazba pacientov, na 72 % nikoli ne vpliva zunanji videz (izgled) pacienta in na 63 % nikoli ne vpliva starost pacientov. Zaznati pa je vpliv osebnosti pacienta pri 50 % zdravstvenih delavcev in vrednot pacienta pri 41 % zdravstvenih delavcev na njihov odnos do pacientov.

Na odnos zdravstvenih delavcev do pacientov najbolj vpliva pacientova osebnost ($\bar{x} = 2,0$), njegove vrednote ($\bar{x} = 1,8$), fizične sposobnosti ($\bar{x} = 1,8$) in starost ($\bar{x} = 1,5$). Na osnovi rezultatov lahko zaključimo, da glede na izračunane povprečne ocene posameznih dimenzij vseh treh plasti raznolikosti na odnos zdravstvenih delavcev do pacientov v največji meri vpliva pacientova osebnost ($\bar{x} = 1,9$), sledijo primarni dejavniki ($\bar{x} = 1,4$) in sekundarni dejavniki ($\bar{x} = 1,4$) (Graf 4).

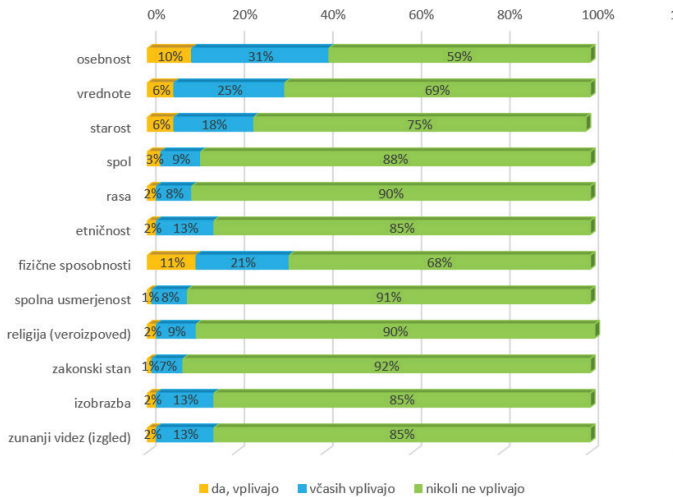
Graf 4: Vpliv dimenzij raznolikosti pacientov na odnos zdravstvenih delavcev do njih (povprečne ocene)



Vir: Anketa, 2016.

V nadaljevanju nas je zanimalo, katere od dimenzij raznolikosti pacientov vplivajo na kakovost izvajanja zdravstvene nege in oskrbe. Prosili smo jih, da ocenijo vpliv dimenzij raznolikosti od 1 do 3, pri čemer 1 pomeni nikoli ne vplivajo, 2 včasih vplivajo in 3 da, vplivajo.

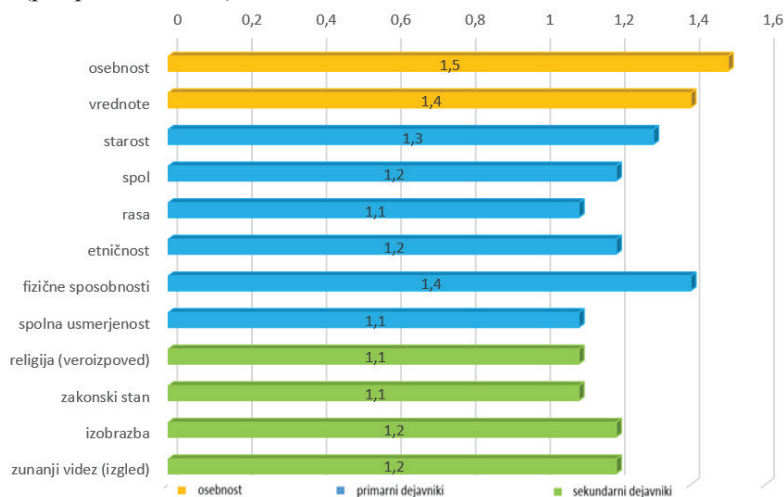
Graf 5: Vpliv dimenzij raznolikosti pacientov na kakovost izvajanja zdravstvene nege in oskrbe



Vir: Anketa, 2016.

Iz grafa 5 je razvidno, da na kakovost izvajanja zdravstvene nege in oskrbe dimenzije raznolikosti ne vplivajo v tolikšni meri kot na odnos zdravstvenih delavcev do pacientov. Rezultati raziskave kažejo, da zdravstveni delavci zagotavljajo v izjemno visokem odstotku, da posamezne dimenzije raznolikosti pacientov na kakovost izvajanja zdravstvene nege in oskrbe nikoli ne vplivajo. Zakonski stan, spolna usmerjenost, religija in rasa pacientov nikoli ne vplivajo na kakovost izvajanja zdravstvene nege in oskrbe pri več kot 90 % anketiranih, na 85 % - 88 % zdravstvenih delavcev in kakovost opravljanja dela nikoli ne vplivajo izobrazba pacienta, njegov zunanji videz (izgled), etničnost in spol. Na kakovost dela pri 75 % zdravstvenih delavcev nikoli ne vpliva starost pacientov. Pri petini anketiranih (21 %) na kakovost izvajanja zdravstvene nege in oskrbe vplivajo fizične sposobnosti pacienta, pri petini (25 %) vrednote pacientov in za slabo tretjino (31 %) pacientova osebnost.

Graf 6: Vpliv dimenzij raznolikosti pacientov na kakovost izvajanja zdravstvene nege in oskrbe (povprečne ocene)

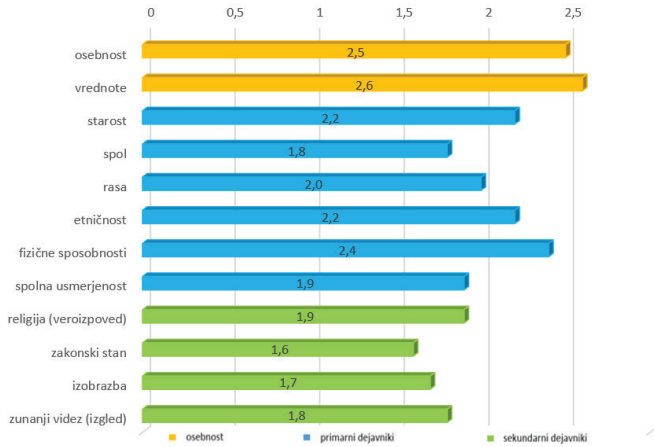


Vir: Anketa, 2016.

Največji vpliv imata pacientova osebnost ($\bar{x} = 1,5$), njegove vrednote ($\bar{x} = 1,4$) in fizične sposobnosti ($\bar{x} = 1,4$). Na osnovi rezultatov lahko zaključimo, da glede na izračunane povprečne ocene posameznih dimenzij vseh treh plasti raznolikosti na odnos zdravstvenih delavcev do pacientov v največji meri vpliva pacientova osebnost ($\bar{x} = 1,45$), sledijo primarni dejavniki ($\bar{x} = 1,2$) in sekundarni dejavniki ($\bar{x} = 1,15$) (Graf 6).

Preverjali smo tudi, o katerih dimenzijah raznolikosti bi morali po mnenju anketiranih poučevati študente zdravstvene nege (Graf 7). Prosili smo jih, da ocenijo pomembnost poučevanja dimenzij raznolikosti od 1 do 3, pri čemer 1 pomeni ne, 2 delno in 3 da.

Graf 7: Poučevanje dimenzij raznolikosti pacientov

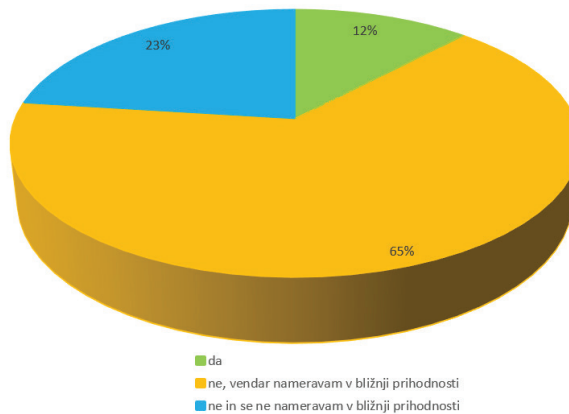


Vir: Anketa, 2016.

Na podlagi rezultatov, prikazanih v grafu 7, ugotavljamo, da bi se morali po mnenju anketiranih študenti zdravstvene nege učiti predvsem o plasti raznolikosti osebnost, saj sta oba dejavnika te plasti izjemno visoko ocenjena: osebnost s povprečno oceno 2,5 in vrednote s povprečno oceno 2,6. Sledi plast raznolikosti primarnih dejavnikov, ki je ocenjena s skupno povprečno oceno 2,1: fizične sposobnosti ($\bar{x} = 2,4$), etničnost in starost ($\bar{x} = 2,2$), rasa ($\bar{x} = 2,0$), spolna usmerjenost ($\bar{x} = 1,9$) in spol ($\bar{x} = 1,8$). Najnižjo skupno povprečno oceno so dobili sekundarni dejavniki plasti raznolikosti, ki so ocenjeni s povprečno oceno 1,7: religija (veroizpoved) ($\bar{x} = 1,9$), zunanji videz (izgled) ($\bar{x} = 1,8$), izobrazba ($\bar{x} = 1,7$) in zakonski stan ($\bar{x} = 1,6$).

Na koncu nas je zanimalo, ali so se anketirani že udeležili usposabljanja na temo upravljanja z raznolikostjo pacientov (Graf 8).

Graf 8: Usposabljanje o upravljanju z raznolikostjo pacientov



Vir: Anketa, 2016.

Iz rezultatov grafa 8 je razvidno, da se je 12 % anketiranih že udeležilo usposabljanja na temo upravljanja z raznolikostjo pacientov, 65 % se takega usposabljanja še nikoli ni udeležilo, 23 % pa se jih takega usposabljanja sicer še ni udeležilo, vendar se ga nameravajo v bližnji prihodnosti.

4 Sklep

Rezultati raziskave so pokazali, da se medicinske sestre o dimenzijah raznolikosti pacientov s svojimi sodelavci pogovarjajo, pri čemer izstopa pogovor o pacienti osebni, starosti, fizičnih sposobnostih in o zunanjem videzu pacientov. Kljub temu, da se od medicinskih sester pričakuje po njihovih standardih ravnanja v Kodeksu etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014), da dejavniki, kot so rasa, narodnost, veroizpoved, politično prepričanje, socialni položaj, starost, spolna usmerjenost, zdravstveno stanje in fizične sposobnosti ne smejo kakorkoli vplivati na odnos do pacienta in na kakovost zdravstvene nege in oskrbe, rezultati raziskave kažejo, da temu ni tako, saj med najvplivnejšimi dejavniki, ki vplivajo na njihov odnos do pacientov, navajajo pacientovo osebnost, njegove vrednote, fizične sposobnosti in starost, med dejavniki, ki vplivajo na kakovost zdravstvene oskrbe in nege pa osebnost, vrednote, fizične sposobnosti in starost pacienta. Ugotavljajo tudi, da bi se morale bodoče medicinske sestre v času formalnega izobraževanja seznaniti s plastmi raznolikosti, predvsem z dejavniki kot so vrednote, osebnost, fizične sposobnosti, etničnost in rasa. Nekatere med njimi so se usposabljanja na temo upravljanja z raznolikostjo pacientov že udeležile, saj jim poučevanje in seznanjanje s pacientovimi fizičnimi, psihičnimi, socialnimi in duhovnimi potrebami omogoča humano, strokovno, varno, sočutno, odgovorno in vestno opravljanje dela.

LITERATURA

1. Anderson, L. M. idr. (2003). Culturally Competent Healthcare Systems: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24 (3), 68–79.
2. Babnik, K. in Šavle, M. (2014). Kulturna raznolikost: komunikacija s pacienti iz različnih etničnih, kulturnih in jezikovnih okolij. V T. Štemberger Kolnik (ur.). *Zdravstvena nega v javnem zdravju: druga znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo* (str. 153–159). Koper: Založba Univerze na Primorskem.
3. Betancourt, J. R. idr. (2002). Cultural competence in health care: emerging frameworks and practical approaches. Pridobljeno 31. 10. 2016, s <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2002/oct/cultural-competence-in-health-care--emerging-frameworks-and-practical-approaches>.
4. Greif, T. (2009). *Upravljanje raznolikosti v zaposlovanju: Smernice za delodajalce in sindikate*. Ljubljana: Društvo ŠKUC.
5. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2012). *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
6. Hvalič Touzery, S. (2014a). Kulturne kompetence medicinskih sester kot dejavnik kakovosti oskrbe pacientov. V S. Pivač idr. (ur.). 8. šola za klinične mentorje: Klinično usposabljanje skozi EU direktivo in mednarodne standarde ter izkušnje v Sloveniji: količina in kakovost kliničnega usposabljanja: zbornik predavanj (str. 46–55). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo.

7. Hvalič Touzery, S. idr. (2014b). Multikulturne kompetence kliničnih mentorjev – Rezultati projekta Soulbus. V S. Pivač idr. (ur.). 8. šola za klinične mentorje: Klinično usposabljanje skozi EU direktivo in mednarodne standarde ter izkušnje v Sloveniji: količina in kakovost kliničnega usposabljanja: zbornik predavanj (str. 56–64). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo.
8. Jelenc, A. idr. (2016). Kultura. V U. Lipovec Čebren (ur.). Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev (str. 31–48). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
9. Keil, M. idr. (2007). Priročnik za usposabljanje za upravljanje raznolikosti. Evropska komisija.
10. Loredan, I. in Prosen, M. (2013). Kulturne kompetence medicinskih sester in babic. *Obzornik zdravstvene nege*, 47 (1), 83–89.
11. Lupton, D. (2012). *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body*. London: Sage.
12. Rungapadiachy, Dev. M. (2003). *Medosebna komunikacija v zdravstvu*. Ljubljana: Educy.
13. West-Burnham, J. (2010). Vodenje za raznolikost: zagotavljanje enakosti, vključenosti in socialne pravičnosti, 8 (1), 7–16.
14. Železnik, D. (2008). Kompetencam na pot. *Obzornik zdravstvene nege*, 42 (3), 165–167.

Analiza plana razvoja zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj 2015-2016

UDK 614.2:005.5(497.5)

KLJUČNE RIJEČI: analiza, razvoj, integracija, poboljšanje

POVZETEK - Hrvatski Sabor donosi nacionalni plan razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u republici Hrvatskoj od 2015. do 2016. kao najvažniji operativni dokument za buduću razvoj navedenih bolnica. U svijetu su pokrenuti novi trendovi u domeni zdravlja i života stanovništva. Treba naglasiti da svi pokazatelji ukazuju na ubrzano starenje stanovništva kao i potrebu za produljenje životne dobi. Statistika pokazuje da do 2025 godine 40 % stanovništva će biti starije od šezdeset godina čime će se povećati potražnja za uslugama zdravstvene zaštite. Najvažniji segment razvoja trebat će prilagoditi novim načinima pružanja zdravstvene zaštite jer takva populacija treće životne dobi s više kroničnih bolesti zahtijevati pružanje zdravstvenih usluga prilagođenu životnoj dobi. Upravljanje bolnicama i centrima u ovim uvjetima se pokazalo neučinkovitim i zastarjelim. Da bi se dobili očekivani ishodi upravljanja potrebno je promijeniti cijeli sustav.

UDC 614.2:005.5(497.5)

KEY WORDS: analysis, development, integration, improvement

ABSTRACT - The Croatian Parliament has adopted the national plan for the development of clinical hospital centres, clinical hospitals, clinics and general hospitals in the Republic of Croatia for the period 2015-2016 as a key operational document for their future development. The new healthcare trends have emerged worldwide due to changing demographics. All indicators show that population is rapidly aging; hence the need to adapt health care to the increased life expectancy. Statistics shows that by 2025, around 40% of the population will be aged sixty or more, which will increase the demand for healthcare services. The most important development segment will encompass new ways of delivering health care because older people with multiple chronic conditions require healthcare services appropriate for the aging population. The current management practices in hospitals and hospital centres have proven to be inefficient and outdated. To achieve the expected management outcomes, the whole system needs to be changed.

1 Nacionalni program

Svijet je, kao i Republika Hrvatska, obilježen novim trendovima u području zdravlja i načina života ljudi. Važne činjenice su ubrzano starenje stanovništva, ali i produljenje očekivanog trajanja života. Do 2025. godine trećina Europljana imat će šezdeset i više godina, što će znatno utjecati na potražnju za uslugama zdravstvene zaštite. U posljednjemu međupopisnom razdoblju (2001. – 2011.) došlo je do osjetnog smanjenja udjela mladog stanovništva (a to znači i njihova broja jer je zabilježeno smanjenje ukupnog broja stanovnika), a znakovito se povećao udio starog stanovništva. Podaci popisa iz 2011. pokazuju da je udjel mladih 0 – 14 godina 15,2 % (2001. godine 17,1 %) , mladih 0 – 19 godina 20,9 % (2001. godine 23,8 %), udjel starih u dobi 60 i više 24,1 % (2001. godine 21,6 %), a udjel starih 65 i više 17,7 % (2001. godine 15,7) (Nejašmić i Toskić, 2013). Ključni izazovi razvoja očituju se u potrebi prilagodbe načina pružanja zdravstvene zaštite jer će veći broj starijih ljudi s više kroničnih bolesti zahtijevati drugačija liječenja i drugačiji način pružanja zdravstvenih usluga. Može

se uočiti kako će strukture stanovništva, a time i ukupan broj stanovnika, ovisiti ne samo o pretpostavljenom fertilitetu i mortalitetu, nego i o migracijskim tokovima, a ti posljednji dijelom bi mogli utjecati na ublažavanje negativnih trendova (Mrđen, 2004). Prilagodbe bolnica novonastalim uvjetima trebaju se provoditi u okviru stalnih reformi s ciljem optimizacije procesa pružanja usluga te istodobno zadovoljiti potrebe i očekivanja stanovništva. Promijenjeni uvjeti zahtijevaju bolju koordinaciju između različitih razina zdravstvene zaštite, brži protok informacija te učinkovitije strategije kojima bi se osigurala odgovornost svih sudionika. Nacionalni plan preduvjet je bržeg razvoja promjena, osobito u pogledu ostvarivanja visokog stupnja fleksibilnosti bolnica i njihovih resursa kako bi se moglo brzo odgovoriti na trenutačne potrebe i očekivanja naših građana (Nacionalni plan, 2015).

1.1 Temeljna načela nacionalnog plana

Nacionalni plan temelji se na dva ključna načela: na načelu supsidijarnosti i funkcionalne integracije. Prema načelu supsidijarnosti, zdravstveni problemi trebaju se rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. To je načelo potpuno u skladu s težnjom za deinstitucionalizacijom pružanja zdravstvene zaštite, koju je međutim nužno započeti od samog vrha, to jest od tercijarne razine zdravstvene zaštite. Funkcionalnim integriranjem, uz restrukturiranje i osuvremenjivanje bolnica na osnovi zajedničkog razvoja; unapređuju se i usklađuju upravljanje, dijagnostičko terapijski postupci, dobra klinička praksa, kao svi drugi oblici operativnih metodologija usmjerenih prema boljoj kvaliteti usluga, ishodima liječenja, povećanoj djelotvornosti, zadovoljstvu korisnika i pružatelja zdravstvenih usluga te posljedičnoj dugoročnoj racionalizaciji troškova sustava. Oba načela počivaju na osiguravanju pravednosti, jednakosti, dostupnosti zdravstvene zaštite te sigurnosti i zaštiti prava pacijenata (Nacionalni plan, 2015).

1.2 Obuhvat nacionalnog programa

Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave (u daljnjem tekstu: bolnice). Riječ je o ustanovama koje obavljaju djelatnosti bolničke zdravstvene zaštite, koje obuhvaćaju pružanje najsloženijih oblika zdravstvenih usluga, zapošljavaju najveći broj zdravstvenih i nezdravstvenih radnika, imaju najveći broj obrađenih pacijenata te najviši udio u ukupnim troškovima, i za ukupnu, i za bolničku zdravstvenu zaštitu. Također, riječ je o ustanovama s najvećim potencijalom za funkcionalnu integraciju, jer u većoj ili manjoj mjeri pružaju slične ili istovrsne usluge bolničke zdravstvene zaštite. Ovim Nacionalnim planom nisu obuhvaćene specijalne bolnice i lječilišta ni Klinika za psihijatriju Vrapče koja je jedina ustanova na tercijarnoj razini bolničke zdravstvene zaštite koja se bavi isključivo zbrinjavanjem osoba s duševnim smetnjama. Ovim Nacionalnim planom obuhvaćene su samo osnovne djelatnosti ali ne i poddjelatnosti (Nacionalni plan, 2015).

1.3 Regije zdravstvenog planiranja

Nacionalni plan odnosi se na razdoblje od 2015. do 2016. i temelji se na četiri regije zdravstvenog planiranja:

- Središnja i sjeverna regija
- Istočna regija
- Južna regija
- Zapadna regija

Kako bi se omogućilo učinkovitije planiranje, organizacija i financiranje bolničkog sustava, razvoj bolničkih ustanova u Republici Hrvatskoj zasnivat će se na spomenutim četirima regijama zdravstvenog planiranja, a su skladu s gravitirajućim područjima svojih kliničkih bolničkih centara (KBC): 2 KBC-a u Središnjoj i sjevernoj regiji (u Zagrebu), 1 KBC u Istočnoj regiji (u Osijeku), 1 KBC u Južnoj regiji (u Splitu) i 1 KBC u Zapadnoj regiji (u Rijeci) (Nacionalni plan, 2015).

2 Strateška polazišta

Nacionalni plan jedan je od ključnih planskih i operativnih dokumenata predviđenih Nacionalnom strategijom razvoja zdravstva od 2012. do 2020. (u daljnjem tekstu: Nacionalna strategija). Taj krovni strateški dokument za sustav zdravstva, usvojen u Hrvatskom saboru u rujnu 2012. godine, definirao je pet strateških razvojnih smjerova:

1. poboljšanje povezanosti i kontinuiteta u zdravstvu
2. ujednačavanje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite
3. povećanje učinkovitosti i djelotvornosti zdravstvenog sustava
4. povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite
5. poboljšanje pokazatelja zdravlja.

Kvaliteta zdravstvene zaštite podrazumijeva skup mjera poduzetih tijekom zdravstvenoga postupka, a koje rezultiraju povoljnim ishodom liječenja. Time se sprječavaju neželjeni događaji koji mogu prouzrokovati negativan ishod liječenja. U središtu sustava kvalitete je pacijent, pa stoga zdravstvena ustanova mora osigurati uvjete koji jamče njegovo zdravlje i sigurnost (Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu, 2011).

Kako bi se ti razvojni smjerovi ostvarili, definirana su prioritetna područja djelovanja i odgovarajuće mjere. Jedno od osam prioritetnih razvojnih područja odnosi se na reorganizaciju ustroja i djelovanja stacionarnih zdravstvenih ustanova, a izrada i provedba Nacionalnog plana ključna je aktivnost u okviru tog prioriteta. U Nacionalnoj strategiji utvrđuju se stanje i trendovi u bolničkom sustavu Republike Hrvatske te je istaknuto da bolničke ustanove čine najveći dio hrvatskoga zdravstvenog sustava, kako u pogledu broja zdravstvenih i nezdravstvenih radnika koji u njima rade, tako i u pogledu sredstava koja se izdvajaju za obavljanje njihove djelatnosti. Reorganizacija ustroja i djelovanja bolničkog sustava koju je potrebno kontinuirano provoditi ima osobito velik potencijal za unapređenje učinkovitosti, kvalitete, ishoda i dostupnosti zdravstvene zaštite. Nacionalna strategija općenito je definirala sljedeće ključne mjere:

1. funkcionalno, ali i apsolutno udruživanje bolnica u regionalne bolničke mreže ili zajednice ustanova, čime će se omogućiti preraspodjela i koncentracija bolničkih usluga, bolje iskorištavanje svih ugovorenih kapaciteta, otvoriti mogućnost ugovaranja novih kapaciteta gdje za to postoji potreba, te ukloniti nepotrebno umnožavanje sofisticiranih dijagnostičkih i terapijskih zahvata na malim geografskim udaljenostima, a sve s ciljem povećavanja kvalitete zdravstvene zaštite.
2. povezivanje bolnica sekundarne i tercijarne razine u obrazovne i kliničke mreže kako bi se potpuno iskoristili znanstveno-nastavni kapaciteti i klinička ekspertiza koji postoje u bolnicama u Republici Hrvatskoj, a koji bi se uz takvu mrežu mogli dodatno poticati i osnaživati.
3. reorganizaciju pružanja bolničke zdravstvene zaštite uz jačanje dnevnih bolnica i smanjenje akutnih stacionarnih kapaciteta, oslobađanje odgovarajućih kapaciteta za produljeno liječenje bolesnika i palijativnu skrb.
4. reorganizaciju ustroja i djelovanja hitne medicinske službe u smislu integracije izvanbolničke i bolničke službe kako bi se postiglo optimalno zbrinjavanje svih osoba koje su zbog iznenadne bolesti ili pogoršanja bolesti, ozljede ili otrovanja životno ugrožene. Horizontalno povezivanje mreže hitne medicine s objedinjenim hitnim bolničkim prijemom racionalizirat će poslovanje djelatnosti hitne medicine i istodobno osigurati izvrsnost u zbrinjavanju hitnih pacijenata (Nacionalni plan, 2015).

2.1 Projektni plan provedbe dugoročnih reformskih mjera fiskalne konsolidacije za razdoblje 2014. – 2016. Vlade Republike Hrvatske

Nacionalni plan je i jedna od ključnih mjera Projektnog plana provedbe dugoročnih reformskih mjera fiskalne konsolidacije za razdoblje 2014. – 2016. Vlade Republike Hrvatske. Važnost reforme bolničkog sustava proizlazi iz činjenice da bolničke ustanove posluju sa stalnim gubitkom i generiraju dugove prema dobavljačima, da je postojeći sustav financiranja zdravstvenog sustava neodrživ i nelikvidan te da postoje ozbiljne teškoće u svakidašnjem poslovanju. Ciljevi Nacionalnog plana provest će se kroz sljedeće specifične i definirane mjere a koje su dio ključnih mjera navedenih u istom poglavlju:

- smanjiti stopu akutnog bolničkog liječenja za 10 %,
- prosječnu stopu popunjenosti kreveta dovesti na 80 – 85 % (ovisno o djelatnosti),
- smanjiti duljinu bolničkog liječenja (ovisno o djelatnosti i ustanovi) za 10 – 40 %,
- povećati broj ambulantnih usluga za minimalno 10 %,
- povećati broj slučajeva dnevne bolnice i dnevne kirurgije za minimalno 10 % (Nacionalni plan, 2015).

2.2 Programski dokumenti za financijsko razdoblje Europske unije 2014. – 2020.

Važna potpora u provedbi Nacionalnog plana bit će sredstva iz strukturnih fondova Europske unije dostupnih Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014. do 2020. Programsku osnovu za iskorištavanje tih sredstava čine Partnerski sporazum i operativni programi, u kojima je jasno naznačena potreba za reorganizacijom bolničkog sustava s ciljem poboljšanja njegove učinkovitosti i djelatnosti (Narodne novine, 2015).

3 Financiranje sustava zdravstva

3.1 Načini financiranja

Danas se u svijetu koriste tri osnovna načina financiranja zdravstvenog sustava:

- Bismarckov model – funkcionira na načelima solidarnosti i uzajamnosti. Javno zdravstvo se financira iz fonda za zdravstveno osiguranje koji novac dobiva iz posebnog poreza koji plaća radno aktivno stanovništvo (zaposlenici, samozaposlenici i poljoprivrednici). Populacija koja uključuje nezaposlene, invalide, umirovljenike, osobe mlađe od 18 godina, vojsku oslobođena je plaćanja zdravstvenog osiguranja. Ovakav model koriste Hrvatska, Njemačka i Francuska (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, 2016).
- Beveridgeov model – zdravstvo se financira iz poreza koji plaćaju svi građani. Država određuje koliku svotu mora platiti svaki pojedini građanin nakon takvog prikupljenog novca ona određuje koliki dio će pripasti zdravstvu. Ovakav se model primjenjuje u skandinavskim zemljama, Italiji i Velikoj Britaniji (Kovač, 2013).
- Privatno financiranje – model koji se temelji na zakonima kapitalističkog društva, po principu koliko platiš, toliko i dobiješ. Svaku uslugu plaća sam pacijent. Ovaj se model primjenjuje u SAD-u (Kovač, 2013).

3.2 Kriteriji planiranja razvoja bolnica

Četiri su ključna kriterija primijenjena u pripremi prijedloga plana razvoja zdravstvenog sustava. Isti kriteriji predstavljaju i osnovu za planiranje funkcionalne integracije bolnica u pojedinim regijama zdravstvenog planiranja, a čine i osnovu za Nacionalni plan. To su:

- prosječna stopa popunjenosti postelja
- prosječno trajanje boravka u bolnici
- minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama
- modalitet liječenja (Nacionalni plan, 2015).

3.2.1 Prosječna stopa popunjenosti postelja

Prema međunarodno priznatim optimizacijskim kriterijima za popunjenost bolničkih postelja koji se koriste u Europi, optimalna stopa popunjenosti u akutnoj bolničkoj zdravstvenoj zaštiti je 80 – 85 % (Nacionalni plan, 2015).

3.2.2 Prosječno trajanje boravka u bolnici

Prosječno trajanje boravka u bolnici (PTBB) često se koristi kao pokazatelj djelotvornosti rada bolnice. Uz pretpostavku da su svi drugi parametri jednaki, kraći boravak pacijenata u bolnici smanjit će troškove liječenja i omogućiti preusmjerenje pružanja zdravstvene zaštite s akutnih stacionarnih kapaciteta prema financijski povoljnijim oblicima post-akutne zdravstvene zaštite. Ipak, kraći boravci u bolnici podrazumijevaju intenzivnije pružanje zdravstvene zaštite, što ponekad povećava troškove po danu boravka u bolnici (Narodne novine, 2015).

3.2.3 Minimalni broj postelja ustrojstvenih jedinica

Broj bolničkih postelja u suvremenoj medicinskoj i bolničkoj praksi ne može se uzimati kao jedini ili čak najvažniji pokazatelj aktivnosti. Međutim, potrebno je definirati minimalni broj postelja određene ustrojstvene jedinice kako bi se osigurala kvaliteta pružanja zdravstvene zaštite, kao i racionalnost njenog postojanja što Ministarstvo zdravlja sukladno zakonskoj nadležnosti propisuje pravilnicima o unutarnjem ustroju zdravstvenih ustanova (Nacionalni plan, 2015).

4 Ocjena stanja

Sveobuhvatna ocjena stanja, odnosno analiza postojeće bolničke mreže, pokazala je da ta mreža nije dovoljno prilagođena potrebama stanovništva i ekonomskim mogućnostima. Ključni pokazatelji kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju ne pokazuju optimalne vrijednosti, osobito ako se uspoređuju s drugim europskim zemljama. Analizirajući regije zdravstvenog planiranja, vidljivo je da najveći broj stanovnika živi u Središnjoj i sjevernoj regiji: bez Grada Zagreba to je 30 % ukupnog broja stanovnika Republike Hrvatske, a s Gradom Zagrebom 48 % ukupnog broja stanovnika. Od ukupno 31 bolnice obuhvaćene Nacionalnim planom, osam ih se nalazi u Središnjoj i sjevernoj regiji bez Grada Zagreba (sve opće bolnice) odnosno 25,8 %.

Tabela 1: Opći podaci o regijama zdravstvenog planiranja

Regija	Površina (km ²)	Broj stanovnika (2011.)	Gustoća naseljenosti (stanovnika/km ²)	Broj bolnica	Ukupna površina objekata u bolnicama (m ²)	Broj postelja za akutno liječenje dan 1. 3. 2014.	Broj stolaca/postelja u dnevnim bolnicama na dan 1. 3. 2014.	za produženo, dugotrajno ikronično liječenje te palijativnu skrbna dan 1. 3. 2014.	Broj zaposlenih u bolnicama (na dan 1. 3. 2014.)	Oprema (CT) ¹	Oprema (MR)	Oprema (LA)
Grad Zagreb ²	641	790.017	1.232,48	7	128.489	4.995	681	0	14.040	23	11	9
Središnja i sjeverna regija ³	18.762	1.276.939	68,06	8	243.857	2.806	460	564	6.764	9	1	0
Istočna regija	12.486	805.998	64,55	7	319.925	3.112	652	79	7.831	11	5	2
Južna regija	12.951	856.758	66,15	5	232.866	2.692	358	185	6.288	10	4	2
Zapadna regija	11.754	555.177	47,23	4	131.119	1.902	270	0	5.015	6	3	2
UKU-PNO	56.594	4.284.889	75,71	31	1.056.256	15.507	2.421	828	39.938	59	24	15

Izvor: Državni zavod za statistiku; Zdravstvene ustanove; Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

CT – kompjutorizirana tomografija

MR – magnetska rezonancija

LA – linearni akcelerator

U samom Gradu Zagrebu, a što je i razlog posebnog izdvajanja, odnosno analize u odnosu na ostatak Središnje i sjeverne regije, ima ih sedam, odnosno 22,6 %. Analiziramo li Središnju i sjevernu regiju s Gradom Zagrebom, to bi značilo da na nju otpada ukupno 15 bolnica ili 48,4 %. U Istočnoj regiji nalazi se sedam bolnica, odnosno 22,6 % (jedan klinički bolnički centar i šest općih bolnica), u Južnoj regiji pet bolnica

ili 16,1 % (jedan klinički bolnički centar i četiri opće bolnice), u Zapadnoj regiji četiri bolnice ili 12,9 % (jedan klinički bolnički centar, 1 klinika i dvije opće bolnice) od ukupnog broja bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom (tabela 1) (Nacionalni plan, 2015).

Bolnice zapošljavaju ukupno 39.938 radnika, od čega je u Gradu Zagrebu zaposleno 14.040 radnika ili 35,2 %, u Središnjoj i sjevernoj regiji bez Grada Zagreba 6764 radnika ili 16,9 %, u Istočnoj regiji 7831 radnik ili 19,6 %, u Južnoj regiji 6288 radnika ili 15,7 % te u Zapadnoj regiji 5015 radnika ili 12,6 %. Primjetne su razlike u omjeru zdravstvenih i nezdravstvenih radnika u bolnicama. Udio zdravstvenih radnika u ukupnom broju radnika kreće se od 67 % u Općoj bolnici »Dr. Ivo Pedišić« Sisak do 79 % u Kliničkom bolničkom centru Zagreb (Nacionalni plan, 2015).

5 Ciljevi i mjere nacionalnog plana

Ciljevi Nacionalnog plana jesu:

1. povećati dostupnost bolničke zdravstvene zaštite
2. unaprijediti kvalitetu i učinkovitost pružanja bolničkih usluga
3. povećati djelotvornost i racionalizirati troškove poslovanja bolničkih ustanova.

Poštovanjem načela supsidijarnosti i funkcionalne integracije, provedba Nacionalnog plana rezultirat će znatnim poboljšanjima u pogledu dostupnosti, kvalitete i djelotvornosti zdravstvene zaštite, što u potpunosti odgovara definiranim ciljevima razvoja i bolnica i zdravstvenog sustava Republike Hrvatske u cjelini (Nacionalni plan, 2015).

6 Provedba nacionalnog plana

6.1 Preduvjeti uspješne provedbe Nacionalnog plana

Primjereno upravljanje procesom provedbe Nacionalnog plana najvažniji je dio cjelokupnoga Nacionalnog plana. Ključni dionici provedbe Nacionalnog plana jesu:

- uprave bolnica
- Ministarstvo zdravlja
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave i ostale strane zainteresirane za provođenje određenih mjera Nacionalnog plana (stručna društva, profesionalne udruge, udruge pacijenata, strukovne komore i drugi) (Narodne novine, 2015).

7 Zaključak

Aktualne tendencije zdravstvenih reformi u svijetu podrazumijevaju promijenjenu ulogu države i tržišta u zdravstvenoj skrbi, reorganizaciju zdravstvenog sustava, građanska prava i prava pacijenata. Država i dalje ostaje najvažniji čimbenik organi-

zacije zdravstvenog sustava, ali njena uloga biva promijenjenom uvođenjem privatno tržišnih elemenata. S promijenjenom ulogom države na djelu su tendencije reorganizacije zdravstvenih sustava i to najčešće u smjeru decentralizacije i privatizacije. Decentralizacija prisutna u nizu europskih zemalja odražava nezadovoljstvo centraliziranim i birokratskim sustavima. Iako ima i neke negativne posljedice, njome se zdravstveni sustavi, većinom uspješno, financijski i organizacijski spuštaju na niže razine vlasti, odnosno lokalnih zajednica. Jedan od vidova decentralizacije jest i privatizacija koja nastoji provoditi tržišne elemente učinkovitosti i kontrole troškova.

LITERATURA

1. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu (2011). Priručnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene. Pridobljeno 20. 11. 2016, s http://aaz.hr/sites/default/files/prirucnik_o_standardima_kvalitete_zdravstvene_zastite_i_nacinu_njihove_primjene_0.pdf.
2. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. (2016). Financiranje zdravstvene zaštite. Pridobljeno 31. 10. 2016, s <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/financiranje-zdravstvene-zastite/>.
3. Kovač, N. (2013). Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj. *Ekonomski vjesnik*, 26 (2), 551–563.
4. Mrđen, S. (2004). Projekcije stanovništva Republike Hrvatske do 2031. godine: mogu li migracije ublažiti buduće negativne demografske trendove. *Migracijske i etničke teme*, 20 (1), 63–78.
5. Nacionalni plan Razvoj kliničkih bolničkih centara kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u RH 2015-2016. (2015). *Narodne novine*, broj 544 (26. 3. 2015.) Pridobljeno 31. 10. 2016, s http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2015_03_26_544.html.
6. Nejašmić, I. in Toskić, A. (2013). Starenje stanovništva u Hrvatskoj – sadašnje stanje i perspektive. *Hrvatski geografski glasnik*, 75 (1), 89 –110.

Celostni pogled na človeka na ravni celice

UDK 576.3+602.9:612

KLJUČNE BESEDE: človek, matične celice, tumorji, diferenciacija matičnih celic

POVZETEK - Celica je osnovna gradbena enota našega telesa. Naše telo je zgrajeno iz približno 30 trilijonov celic (3×10^{13}). Pri človeku (in seveda vseh mnogoceličnih organizmih) se celice specializirajo za opravljanje določenih funkcij. Matične celice, ki niso specializirane, se lahko razvijejo v različne vrste celic ter nadomestijo poškodovane in odmrle celice. Dedni zapis je enak prav v vsaki celici našega telesa. Tako ima vsaka celica dispozicije za vse funkcionalnosti naših celic v vseh stopnjah razvoja posameznega osebk. Razlike med celicami oz. diferenciacija je posledica izražanja različnega nabora genov. Številne raziskave se osredotočajo predvsem na vpliv teh dejavnikov na različne vrste tumorskih matičnih celic. Zdravje in dobro počutje, h kateremu želimo prispevati tudi s celostno obravnavo posameznika, torej temelji na usklajenosti delovanja množice celic našega telesa. Nekatere raziskave o tem, kako naše delovanje vpliva na delovanje in diferenciacijo celic, zlasti matičnih celic, nam dajejo vpogled v to, da že z načinom obravnave bolnika lahko pomembno prispevamo k procesu zdravljenja. Raziskave dokazujejo povezanost med številom in delovanjem matičnih celic ter fizično aktivnostjo osebk, fiziološkim stresom ter nivojem nekaterih hormonov (zlasti stresnih, npr. adrenalina in hormonov sreče, npr. enkefalina). Številne raziskave se osredotočajo predvsem na vpliv teh dejavnikov na različne vrste tumorskih matičnih celic.

UDC 576.3+602.9:612

KEY WORDS: human, stem cells, cancer stem cells, stem cell differentiation factors

ABSTRACT - Cells are basic building blocks of our body. Our body consists of about 30 trillion cells (3×10^{13}). In humans (and of course all multicellular organisms) cells specialise to perform certain functions. Stem cells are not specialised and can develop into different types of cells to replace damaged and dead cells. Every cell of our body contains same hereditary record (DNA). Thus, every cell has the disposition of all functionalities of our cells at all stages of development of each individual. Differences between cells (i.e. differentiation) are the result of the expression of different sets of genes. Health and well-being of an individual, to which we want to contribute with holistic and integrated approach and care, is therefore based on the coherence of the plurality of cells that form our body. Some studies which investigate how our actions affect the function and differentiation of cells, particularly stem cells, explain some segments of how non-pharmacologic treatment of the patient can make an important contribution to the healing process. Studies show the connection between the number and the functioning of stem cells and the physical activity of the subject, physiological stress, and levels of certain hormones (especially stress hormones, e.g. adrenaline and happiness hormones, e.g. enkephalin). Numerous studies mainly focus on the impact of these factors on various types of tumour stem cells.

1 Človek kot skupnost celic

Celica je osnovna gradbena enota našega telesa. Posamezna celica s prostim očesom ni vidna, zato je za večino ljudi, razen za tiste, ki jih proučujejo pod elektronskimi mikroskopi, predmet naših abstraktnih predstav. Da bi si delovanje celic lažje predstavljali, si lahko zamislimo, da je vsaka celica posameznik neke skupnosti, ta skupnost pa je naše telo. Ta primerjava nam omogoča lažje razumevanje odnosov med celicami.

Naše telo (oz. telo približno 70 kg. Težkega človeka gradi približno 30 trilijonov celic (3×10^{13}) (Bianconi idr., 2013; Sender idr., 2016). Poleg tega pa je v telesu odraslega človeka še približno enako število bakterijskih celic v skupni masi 0,2 kg (Sender idr.,

2016). Nekateri starejši viri ocenjujejo število bakterijskih celic celo v razmerju 1:10 v primerjavi s telesnimi celicami (Sender idr., 2016), vendar že razmerje 1:1 kaže na velik vpliv mikrobiote na fiziologijo človeškega telesa in homeostazo v njem (Sender idr., 2016).

Najbolj številčne celice v našem telesu so eritrociti, teh je kar 84 %. Po številu so precej zastopane tudi druge krvne celice (trombocitov je 4,9 %, limfocitov 1,5 %, celic kostnega mozga pa 2,5 %) in endotelijske celice (žilni endotelij prispeva 2,1 % celic, respiratorni endotelij 0,5 % celic) ter epidermalne celice (0,5 %). Neuron in glia celice predstavljajo 0,6 % celic, medtem ko je maščobnih celic le 0,2 % in mišičnih celic le 0,002 %, čeprav slednji predstavljajo največ telesne mase (Sander idr., 2016). K telesni masi 70 kg težke osebe tako največ prispevajo mišične celice (20 kg), maščobne celice 13 kg, 3 kg eritrociti, 10 kg druge celice, približno 24 kg pa je medceličnine (Sander idr., 2016).

2 Diferenciacija celic v telesu

Pri enoceličnih organizmih je vsaka celica »enaka« oz. vsaka celica opravlja vse funkcije, potrebne za življenje enoceličnega organizma. Pri človeku (in seveda vseh mnogoceličnih organizmih) se celice specializirajo za opravljanje določenih funkcij. Dedni zapis, ki je shranjen v zaporedju nukleotidov DNK molekul v celičnem jedru, je enak prav v vsaki celici našega telesa. Osnovna enota dednega zapisa je gen. Projekt človeški genom, 13-letni ameriški projekt, ki se je zaključil leta 2003, je podal sekvenco celotnega genoma (Human genome project, 2013). Razkril je zaporedje 2,85 milijarde nukleotidov v naših kromosomih. Le 1,5 % tega predstavljajo geni (ki nosijo zapis za beljakovine), teh je med 25.000 in 30.000 (Kellys idr., 2014; Chial, 2008). Še kake 10 – 20 % zaporedij je takih, ki jim znamo določiti regulatorne ali druge funkcionalnosti. Več kot polovico genoma predstavljajo ponavljajoča se zaporedja, ki jim ne poznamo vloge (Kellys idr., 2014). Vendar ima tudi preostanek genoma gotovo vlogo pri regulaciji izražanja genov preko mehanizmov, ki nam doslej še niso poznani.

To pomeni, da ima vsaka celica dispozicije za vse funkcionalnosti naših celic v vseh stopnjah razvoja posameznega osebk. Tako ima vsaka celica dispozicije za vse funkcionalnosti naših celic v vseh stopnjah razvoja posameznega osebk. Razlike med celicami oz. diferenciacija je posledica izražanja različnega nabora genov. Matične celice, ki niso specializirane in se lahko razvijejo v različne vrste celic, nadomestijo poškodovane in odmrle celice. V kakšno celico se bo celica diferencirala, je odvisno od tega, kateri izmed 25.000 genov bodo aktivni.

3 Življenjska doba celic in vloga matičnih celic pri obnovi tkiv

Celice v našem telesu imajo omejeno življenjsko dobo. Medtem ko je življenjska doba nevronov (npr. nevronov okcipitalnega živca) enaka življenjski dobi posameznika

(Spalding idr., 2005), pa ima večina celic v naših organizmih krajšo življenjsko dobo. Vse življenje ostajajo v našem telesu tudi matične celice, ki imajo nalogo obnavljanja tkiv. Med celicami z najkrajšo življenjsko dobo so celice črevesnega epitelija, celice epitelija kože in spermiji, katerih življenjska doba je le nekaj dni. Populistični viri navajajo, da se v našem telesu vse celice obnovijo vsakih 7 let (Radford, 2011), vendar to ne drži, saj ima vsaka celica v organizmu svojo življenjsko dobo.

Obstoj celic v organizmu je odvisen od zagotavljanja ustreznih pogojev homeostaze v organizmu, zato s smrtjo organizma odmrejo tudi celice. Nekatere celice (npr. hruščane celice) pa lahko živijo tudi nekaj ur ali celo dni po smrti organizma (Alibegović idr., 2014)

Odmiranje celic v času življenja pa je stalen proces, ki je posledica zunanjih dejavnikov (npr. poškodb), v telesu pa poteka načrtovana obnova celic t.i. apoptoza ali programirana celična smrt.

En od mehanizmov programirane celične smrti je tudi autofagija – proces, v katerem se odstranijo neuporabne ali poškodovane celice in hkrati omogoča recikliranje gradnikov celic. Autofagija celic je tesno povezana s staranjem, saj ugotavljajo povezavo med tem procesom, reguliranim z geni, ki se s starostjo slabše izražajo, in dolgoživostjo (Kalfalah idr., 2016).

Za obnovo celic v organizmu skrbijo različne vrste matičnih celic (krvotvorne, mezenhimske ...). Da je ustrezno delovanje organizma neposredno povezano s številom matičnih celic in njihovo sposobnostjo obnavljanja organizma, ter da njihovo število upada s staranjem osebka, je že precej raziskano (Singer in Morrison, 2013; Sousa-Victor idr., 2014; Holstege idr., 2014) Na število mezenhimskih matičnih celic in njihove diferenciacijske lastnosti vpliva tudi fizična aktivnost osebka (Marędziak idr., 2015).

4 Celični stres

Na življenjsko dobo celic vplivajo različni stresni dejavniki, kot so temperatura, pomanjkanje hranil, hipoksija, ipd. Stresni dejavniki povzročijo poškodbe znotrajceličnih makromolekul, proteinov, DNK, RNK in lipidov. Posledica teh stresnih dejavnikov je spremenjeno izražanje genov in posledična sprememba v sintezi proteinov in delovanje celice kot celote. Na stres se celica odzove tudi z odstranjevanjem poškodovanih molekul in ustavitvijo rasti oz. delitve (Milislav, 2011).

Ko govorimo o celičnem stresu velikokrat mislimo na oksidativni celični stres, ki ga povzročajo reaktivne kisikove spojine ali t.i. prosti radikali. V tem primeru je celični stres oksidativna obremenitev, ki jo povzroča porušeno ravnotežje med prostimi radikali in antioksidanti (Yiang idr., 2017).

Poškodbe zaradi oksidativnega celičnega stresa se pojavljajo povsod v celici, eno najbolj kritičnih mest pa so mitohondriji. Mitohondriji so »elektrarna« celic. V njih se proizvede največ energije, ki se v celicah porabi za druge procese. Pri tem nastajajo reaktivne kisikove spojine, ki jih mitohondriji uspešno presnavljajo. V primeru nepr-

vilnega delovanja mitohondrijev pa se koncentracija reaktivnih kisikovih spojin poveča in lahko povzroča številne poškodbe v celici. Tvorba reaktivnih kisikovih spojin v mitohondrijih lahko privede do oksidativne poškodbe mitohondrijskih proteinov, membran in DNK, zmanjša sposobnost mitohondrijev za sintezo ATP in izvajanje drugih presnovnih funkcij kot so: cikel citronske kisline, oksidacija maščobnih kislin, cikla uree, presnova aminokislin, sinteza hema ipd., ki so bistvene za normalno delovanje večine celic. Posledično se zaradi teh sprememb spremeni prepustnost mitohondrijskih membran, kar vpliva na celotno celico in lahko sproži apoptozo (Murphy, 2009).

Metabolične bolezni, kot so debelost, metabolni sindrom in sladkorna bolezen tipa II so pogosto povezane s povečanjem reaktivnih kisikovih spojin (ROS) v mitohondrijih (Zeviar idr, 2014). Podobno Lerner idr. (2016) ugotavljajo povezanost disfunkcij mitohondrijskega redox sistema s pojavljanjem vnetij pljuč in kronične obstruktivne pljučne bolezni.

Zaradi pogoste izpostavljenosti stresnim dejavnikom se lahko na celični ali fiziološki ravni razvijejo tudi prilagoditveni mehanizmi, zaradi česar celice uspešneje obvladujejo vpliv stresnega dejavnika (Yiang idr., 2017).

5 Spremembe v celicah, ki povzročajo nastanek tumorjev

Nekatere vrste tkiv v človeku so milijon krat bolj nagnjene k razvoju raka od drugih vrst tkiv. Tveganje za različne vrste raka je zelo različno: posameznik ima npr. 1,08 % verjetnost, da mu bo v času življenja postavljena diagnoza raka na ščitnici, in le 0,00072 % za raka hrustanca grla. Tomasetti in Vogelstein (2015) sta pokazala, da je incidenca raka v nekem tkivu močno povezana s številom celičnih delitev matičnih celic v tem tkivu v življenjski dobi ($\rho = 0,81$). Ti rezultati kažejo, da k nastanku raka v največji meri prispevajo naključne napake v podvajanju DNA pri delitvah matičnih celic in da so za razlike v tveganju za raka med tkivi okoljski dejavniki pomembnejši od podedovanih predispozicij. To je pomembno ne le za razumevanje, temveč tudi za oblikovanje strategij za omejevanje pojavnosti teh bolezni.

Pomemben celični proces, ki ga povezujejo s tveganjem za razvoj raka je tudi apoptoza; če apoptoza ni dovolj učinkovita, maligne celice preživijo. Proces apoptoze regulirajo številni geni, ki jih povezujejo tudi z rakavimi spremembami celic (Duran idr., 2008). Zato različne strategije zdravljenja raka skušajo vplivati na proces apoptoze (Wong, 2011).

6 Vpliv celostne obravnave posameznika na celični ravni

Zdravje in dobro počutje, h kateremu želimo prispevati tudi s celostno obravnavo posameznika, torej temelji na usklajenosti delovanja množice celic, ki gradijo naše telo. Nekatere raziskave o tem, kako naše delovanje vpliva na delovanje in diferenciacijo

celic, zlasti matičnih celic, nam dajejo vpogled v to, da s samo obravnavo bolnika lahko pomembno prispevamo k procesu zdravljenja. Raziskave dokazujejo povezanost med številom in delovanjem matičnih celic ter fizično aktivnostjo oseba, fiziološkim stresom, ter nivojem nekaterih hormonov (zlasti stresnih hormonov, npr. adrenalina in hormonov sreče, npr. enkefalina). Tako npr.:

Enkefalini (iz skupine endogenih neuropeptidov, t.i. hormonov sreče) spodbujajo diferenciacijo dendritskih celic iz matičnih celic kostnega mozga (Liu idr., 2012) ter tako spodbujajo imunski odziv

Adrenalin (ali epinefrin oz. hormon stresa) povzroči pri nedrobnoceličnem raku pljuč (NSCLC) povečanje števila tumorskih matičnih celic preko povečanja znotrajceličnega cAMP. Rast tumorjev se je zmanjšala ob zmanjšanju fiziološkega stresa, pri čemer so se zmanjšali adrenalin in nekateri drugi hormoni ter narasle vrednosti opioidnih hormonov (Banerjee idr., 2015)

Številne raziskave se zato osredotočajo predvsem na vpliv teh dejavnikov na različne vrste tumorskih matičnih celic.

7 Zaključek

Znanost proučuje naravo in njene zakonitosti ter v okviru znanega razvija nove uporabnosti in funkcionalnosti. Ne smemo pa se omejevati na to, kar v nekem trenutku razvoja znanosti poznamo in razumemo. V neki točki razvoja znanosti bomo morda tudi znanstveno utemeljeno znali pojasniti, da prijazna beseda medicinske sestre preko hormonskega ali energijskega delovanja vpliva na delovanje tistih regij v DNK, ki jim danes ne poznamo funkcije, in spodbudi matične celice k delovanju v smeri obnavljanja organizma.

LITERATURA

1. Alibegović, A., Balažić, J., Petrovič, D., Hribar, G., Blagus, R. in Drobnič, M. (2014). Viability of human articular chondrocytes harvested postmortem: changes with time and temperature of in vitro culture conditions. *Journal of forensic sciences*, 58 (3), 325–332.
2. Chial, H. (2008). DNA sequencing technologies key to the Human Genome Project. *Nature Education*, 1 (1), 219.
3. Duran, A., Linares, J. F., Galvez, A. S., Wikenheiser, K., Flores, J. M., Diaz-Meco, M. T. idr. (2008). The signaling adaptor p62 is an important NF-kappaB mediator in tumorigenesis. *Cancer Cell*. 13 (4), 343–354. Pridobljeno 10. 10. 2016, s [http://www.cell.com/cancer-cell/pdf/S1535-6108\(08\)00042-1.pdf](http://www.cell.com/cancer-cell/pdf/S1535-6108(08)00042-1.pdf).
4. Holstege, H., Pfeiffer, W., Sie, D., Hulsman, M., Nicholas, T. J., Lee idr. (2014). Somatic mutations found in the healthy blood compartment of a 115-yr-old woman demonstrate oligoclonal hematopoiesis. *Genome Res*, 24 (5), 733–742.
5. Human genome project (2013). Pridobljeno 10. 10. 2016, s http://web.ornl.gov/sci/techresources/Human_Genome/index.shtml.
6. Jiang, Y., Wang, X. in Hu, D. (2017). Mitochondrial alterations during oxidative stress in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 12, 1153–1162.

7. Kalfalah, F., Janke, L., Schiavi, A., Tigges, J., Ventura, N., Boege, F. in Reinke, H. (2016). Crosstalk of clock gene expression and autophagy in aging. *Aging* (Albany NY). Pridobljeno 10. 10. 2016, s <http://www.aging-us.com/article/NyLKduP87qmW97z8r/text>.
8. Kellis, M., Wold, B., Snyder, M. P., Bernstein, B. E., Kundaje, A., Marinov, G. K., in Hardison, R. C. (2014). Defining functional DNA elements in the human genome. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111 (17), 6131–6138. Pridobljeno 10. 10. 2016, s <http://doi.org/10.1073/pnas.1318948111>.
9. Lerner, C. A., Sundar, E. K. in Rahman, I (2016). Mitochondrial redox system, dynamics, and dysfunction in lung inflammaging and COPD. *Int J Biochem Cell Biol* 81 (Pt B), 294–306.
10. Milisav, I. (2011). Cellular Stress Responses. V S. Wislet-Gendebien (ur.), *Advances in Regenerative Medicine* (str. 215–232). Pridobljeno 10. 10. 2016, s <https://www.intechopen.com/books/advances-in-regenerative-medicine>.
11. Murphy, M. P. (2009). How mitochondria produce reactive oxygen species. *Biochemical Journal*, 417 (Pt 1), 1–13. Pridobljeno 10. 10. 2016, s <http://doi.org/10.1042/BJ20081386>.
12. Radford, B. (2011). Does the Human Body Really Replace Itself Every 7 Years? *Live Science Contributor* April 4, 2011. Pridobljeno 10. 10. 2016, s <http://www.livescience.com/33179-does-human-body-replace-cells-seven-years.html>.
13. Signer, R. A. J and Morrison, S. J. (2013). Mechanisms that Regulate Stem Cell Aging and Life Span. *Cell Stem Cell*, 7, 12 (2), 152–165.
14. Sousa-Victor, P., Perdiguero, E. in Muñoz-Cánoves, P. (2014). Geroconversion of aged muscle stem cells under regenerative pressure. *Cell Cycle*, 13 (20), 3183–3190.
15. Spalding, K. L., Bhardwaj, R. D., Buchholz, B. A., Druid, H. in Frisén, J. (2005). Retrospective birth dating of cells in humans. *Cell* 15, 122 (1), 133–143. Pridobljeno 10. 10. 2016, s [http://www.cell.com/cell/pdf/S0092-8674\(05\)00408-3.pdf](http://www.cell.com/cell/pdf/S0092-8674(05)00408-3.pdf).
16. Tomasetti, C. in Vogelstein, B. (2015). Variation in cancer risk among tissues can be explained by the number of stem cell divisions. *Science* 02, 347 (6217), 78–81. Pridobljeno 10. 10. 2016, s <http://europepmc.org/articles/pmc4446723>.
17. Tower, J. (2015) Programmed cell death in aging. *Ageing Res Rev* 23 (Pt A), 90–100. Pridobljeno 10. 10. 2016, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4480161/pdf/nihms-686775.pdf>.
18. Wong, R. S. Y. (2011). Apoptosis in cancer: from pathogenesis to treatment. *J Exp Clin Cancer Res* 30 (1), 87. Pridobljeno 10. 10. 2016, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3197541/>.
19. Zeviar, D. D., Gonzalez, M. J., Massari, J. R. M., Duconge, J. and Mikirova, N. (2014). The Role of Mitochondria in Cancer and Other Chronic Diseases. *Journal of Orthomolecular Medicine* 29, (4), 157–166. Pridobljeno 10. 10. 2016, s <https://riordanclinic.org/wp-content/uploads/2015/01/mitochondria-and-cancer-1.pdf>.

Stavovi studenata o značaju komunikacijskih vještina u sestrinstvu

UDK 614.253.4:005.57

KLJUČNE RIJEČI: komunikacija, studenti, sestrinstvo

POVZETEK - Medicinu 21. stoljeća karakterizira usmjerenost prema bolesniku kao cjelovitom biću uvažavajući sve njegove aspekte: organske, psihološke, socijalne i duhovne. Takav holistički pristup ističe važnost pacijentu usmjerene komunikacije koja postaje važan aspekt u liječenju i time postavlja dodatne zahtjeve na obrazovanje medicinskih sestara. Cilj istraživanja bio je utvrditi stavove studenata stručnoga studija Sestrinstvo Visoke tehničke škole u Bjelovaru o značaju nekih elemenata komunikacijskih vještina (govor, čitanje, pisanje, slušanje, neverbalna komunikacija) za komunikaciju s pacijentom te ispitati eventualne razlike u stavovima između redovitih (nezaposlenih) i izvanrednih (zaposlenih) studenata. Instrument provedbe istraživanja bio je upitnik koji je sadržavao Likertovu skalu stavova, a popunilo ga je 233 studenata. Iz rezultata istraživanja proizlazi da su studenti svjesni značaja govornih vještina u komunikaciji s pacijentom, kritični u procjeni vlastitih govornih vještina, međutim, nedovoljno prepoznaju važnost praćenja stručne literature, ne pridaju dostatnu važnost govornoj i pisanoj komunikaciji na stranom jeziku, dok vještine slušanja i neverbalne komunikacije u radu s pacijentom smatraju važnim.

UDK 614.253.4:005.57

KEY WORDS: communication, students, nursing

ABSTRACT - The medicine of the 21st century is characterised by the orientation towards the patient as a comprehensive being, considering all the aspects: organic, psychological, social and spiritual. Such holistic approach highlights the importance of communication oriented towards the patient, which has become a significant aspect in the treatment, and has resulted in additional demands regarding nursing education. The objective of this research was to determine the attitudes of students of the professional study programme of Nursing at the Technical College in Bjelovar about the importance of some communication skills elements (speaking, reading, writing, listening, non-verbal communication) in patient communication, as well as to examine the potential differences in attitudes between full-time (unemployed) and part-time (employed) students. The instrument used in the research was a questionnaire based on the Likert scale, and it was completed by 233 students. The research results indicate that students are aware of the importance of speaking skills in patient communication, and critical in the assessment of their own speaking skills. However, they insufficiently recognise the importance of being up-to-date with the professional literature and do not give enough importance to the spoken and written communication in a foreign language, while they consider listening skills and non-verbal communication to be important in working with patients.

1 Teorijske osnove

Komunikacija (latinski *communicatio*, što znači priopćavanje) služi za priopćavanje potreba, stavova i namjera drugim ljudima. Verbalnu komunikaciju ostvarujemo govorom, čitanjem, pisanjem, ali isto tako i slušanjem drugih ljudi (Pejić Bach i Murgić, 2013). Efektivna verbalna ili govorna komunikacija ovisi o nizu čimbenika i ne može biti izolirana od drugih značajnih interpersonalnih vještina, kao što su neverbalna komunikacija, vještine slušanja i objašnjenja (Pejić Bach i Murgić, 2013).

U medicini se komunikacija smatra fundamentalnom i najčešće primjenjivanom kliničkom vještinom na putu do uspješne dijagnoze i liječenja te uspostave odnosa s bolesnikom (Đorđević i Braš, 2011).

Sestrinska skrb za bolesnika pokriva široko područje djelovanja koje uključuje prevenciju bolesti i ozljeda, promicanje, vraćanje i održavanje zdravlja (Mojsović i sur., 2005). Svaka uspješna komunikacija s bolesnom osobom temelji se na uspostavi kvalitetnog odnosa koji počiva na povjerenju, aktivnom slušanju, umijeću razgovaranja i govorenja (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

U zapadnom svijetu komunikacijske vještine u medicini uče se tijekom cijelog studija i kasnije tijekom trajnog usavršavanja, i to najčešće kroz učenje u malim grupama i igranjem uloga, intervjuima sa stvarnim bolesnikom ili intervjuima sa simuliranim bolesnicima, laicima ili glumcima (Đorđević i Braš, 2011).

U istraživanju stavova studenata sestrinstva o značaju komunikacijskih vještina nema puno relevantnih članaka. Istraživači su se više usmjerili na značaj komunikacijskih vještina istraživanih kod zaposlenog zdravstvenog osoblja i pacijenata. U jednom od radova koji se bave ovom temom (Chant, Jenkinson, Randle i Russell, 2002) predstavljeni su rezultati analize literature koja obrađuje stavove polaznika tečaja komunikacijskih vještina u postupku prijave za studij sestrinstva, a u kojem je naglašen problem poučavanja komunikacijskih vještina i socijalnih prepreka pri primjeni komunikacijskih vještina.

McCabe i Timmins (2006) tvrde da uspješna komunikacija u sestrinstvu usmjerena na pacijenta uključuje stručnost u primjeni neophodnih postupaka. Iako se ovo istraživanje nije bavilo stručnim znanjima i vještinama kao pretpostavkama kvalitetne komunikacije u sestrinstvu, istraženi elementi značaja komunikacijskih vještina mogu biti relevantni u redefiniranju programa formalnog obrazovanja i cjeloživotnog učenja u sestrinstvu.

Iako u literaturi nije pronađeno istraživanje o stavovima studenata sestrinstva o značaju pojedinih elemenata komunikacijskih vještina za sestriinsku struku i rad s pacijentima, na svim studijima sestrinstva u Republici Hrvatskoj kolegij Komunikacijske vještine sastavni je dio obveznog dijela kurikuluma stručnih i sveučilišnih preddiplomskih studija, a tema se počinje pojavljivati u završnim radovima studenata.

2 Metode

Za prikupljanje podataka konstruiran je anketni upitnik (Prilog 1). Upitnik sadrži dva dijela: prvi dio sadrži opće podatke o ispitaniku, a drugi dio sadrži 25 tvrdnji grupiranih u pet odabranih elemenata komunikacijskih vještina (govorna komunikacija, čitanje, pisanje, slušanje i neverbalna komunikacija). Na ljestvici od pet stupnjeva procjene (pri čemu je 1-uopće se ne slažem, 3 - niti se slažem, niti se ne slažem, a 5 - potpuno se slažem) primijenjena je Likertova skala kojom su ispitanici određivali stupanj svojega slaganja s ponuđenim tvrdnjama. Zadnja dva pitanja ispituju stav stu-

denata o značaju komunikacijskih vještina u sestrinstvu i samoprocjenu komunikacijskih vještina studenata.

Obrada podataka izvršena je primjenom programskog alata Visual Basic, a statistička analiza primjenom standardnih programa za obradu podataka (MS Excel).

3 Rezultati

Ukupan broj studenata stručnoga studija Sestrinstvo (populacija istraživanja) utvrđen je uvidom u bazu ISVU sustava Visoke tehničke škole u Bjelovaru. Prigodni (raspoloživi) uzorak istraživanja činili su studenti stručnoga studija Sestrinstvo. Od 466 studenata u akademskoj godini 2013/2014 anketiranjem su obuhvaćena 233 studenta ili 50 % populacije. Od ukupnog broja anketiranih, 34,33 % bili su redoviti, a 65,67 % izvanredni studenti (Tablica 1).

Anketnim upitnikom prikupljen je podatak o statusu zaposlenosti anketiranih studenata. Iako relativan omjer ukazuje na ravnotežu radnog statusa, prema kojoj je 50,64 % zaposlenih u odnosu na 49,36 % nezaposlenih ispitanika, postoji razlika u radnom statusu između redovitih i izvanrednih studenata (Tablica 1) jer je u uzorku redovitih studenata zaposleno 3,75 %, a u uzorku izvanrednih, zaposleno je 75,16 % studenata.

Tablica 1: Status zaposlenosti ispitanika u odnosu na status studiranja (redoviti/izvanredni)

Status studenta	Ukupno	Zaposleni	%	Nezaposleni	%
Redoviti studenti	80	3	3,75	77	96,25
Izvanredni studenti	153	115	75,16	38	24,84

3.1 Govorna komunikacija

Procjena značaja govorne komunikacije u komunikaciji s pacijentom ispitana je kroz četiri elementa:

- jasno iskazivanje poruke korištenjem standardnog hrvatskog jezika,
- prilagođavanje sadržaja govorne komunikacije pacijentovom razumijevanju,
- dobivanje povratne informacije da je pacijent razumio poruku/uputu,
- mogućnost sporazumijevanja s pacijentom na stranom jeziku.

Na skali od 1 do 5, pri čemu je 1 potpuno neslaganje, a 5 potpuno slaganje, studenti su ocijenili važnost korištenja standardnog hrvatskog jezika u komunikaciji s pacijentom prosječnom ocjenom 4,66, pri čemu je prosječna ocjena redovitih studenata 4,70, a izvanrednih studenata 4,63. Potpuno slaganje s tvrdnjom izrazilo je 77,5 % redovitih i 76,39 % izvanrednih studenata. Značaj prilagodbe sadržaja govorne komunikacije pacijentovom razumijevanju studenti su ocijenili prosječnom ocjenom 4,66. Potpuno slaganje s tvrdnjom izrazilo je 92,5 % redovitih i 90,85 % izvanrednih studenata.

S tvrdnjom da je u komunikaciji s pacijentom važno dobivanje povratne informacije o pacijentovom razumijevanju poruke ili upute potpuno se slaže 86,7 % ispitanih studenata. Redoviti studenti (91,25 %) u većem udjelu iskazuju značaj elementa.

Četvrtina redovitih i 14,76% izvanrednih studenata nema jasan stav o važnosti sporazumijevanja na stranom jeziku. Uočljiva je razlika u potpunom slaganju s tvrdnjom prema statusu studiranja: potpuno se slaže 37,35 % izvanrednih i 11,25 % redovitih studenata. Promatrajući obilježje prosječnom ocjenom, redoviti studenti su važnost komunikacije na stranom jeziku ocijenili s 3,86, a izvanredni s 4,20.

Iako su oko značaja elemenata govorne komunikacije studenti iskazali slaganje s važnošću pojedinih elemenata, samoprocjena govorne komunikacije upućuje na kritičnost prema razini osobnih vještina (Tablica 2). Uočljivo je da su redoviti studenti uvjereniji u svoje govorne vještine jer je prosječna ocjena elementa 4,04, dok su izvanredni studenti kritičnije procijenili svoje govorne vještine s ocjenom 3,86. Ocjenu 5 razini osobnih govornih vještina dalo je 40 % redovitih i 28,1 % izvanrednih studenata.

Tablica 2: Samoprocjena govorne komunikacije studenata

		1	2	3	4	5	Ukupno
Redoviti	f	1	2	22	23	32	80
	f %	1,25	2,50	27,50	28,75	40,00	100
Izvanredni	f	4	8	36	62	43	153
	f %	2,61	5,23	23,53	40,52	28,10	100
Sve ukupno	f	5	10	58	85	75	233
	f %	2,15	4,29	24,89	36,48	32,19	100

3.2 Čitanje

Procjena značaja čitanja kao relevantnog elementa za postizanje kvalitetnije komunikacije s pacijentom ispitana je u četiri elementa:

- pronalaženje i čitanje stručnih tekstova u različitim izvorima,
- sažimanje autorovih misli iz pročitanoog teksta,
- bilježenje ključnih informacija iz pročitanih stručnih tekstova,
- čitanje stručnih tekstova na stranom jeziku.

Zabrinjava podatak da se 12 studenata (5,15 %) uglavnom ne slaže, a 54 studenta (23,18 %) nema stav o važnosti pronalaženja i čitanja stručnih tekstova za kvalitetniju komunikaciju s pacijentom (Tablica 3), dok 28,33 % izvanrednih studenata odabire negativan ili neutralan stav prema ovom elementu komunikacije.

Tablica 3: Važnost pronalaženja i čitanja stručnih tekstova u različitim izvorima

		1	2	3	4	5	Ukupno
Redoviti	f	0	2	17	34	27	80
	f %	0,00	2,50	21,25	42,50	33,75	100
Izvanredni	f	0	10	37	54	52	153
	f %	0,00	6,54	24,18	35,29	33,99	100
Sveukupno	f	0	12	54	88	79	233
	f %	0,00	5,15	23,18	37,77	33,91	100

Podatci o značaju bilježenja ključnih informacija iz pročitanih stručnih tekstova ukazuju da 28,33 % studenata ima negativan ili neutralan stav prema ovom elementu. Potpuno slaganje s tvrdnjom iskazalo je 36,25 % redovitih i 30,07 % izvanrednih studenata.

Negativan ili neutralan stav prema važnosti čitanja stručnih tekstova na stranom jeziku (Tablica 4) ima 60,52 % svih anketiranih studenata, a pri tome 66,01 % izvanrednih studenata.

Tablica 4: Važnost čitanja stručne literature na stranom jeziku

		1	2	3	4	5	Ukupno
Redoviti	f	2	12	26	28	12	80
	f%	2,50	15,00	32,50	35,00	15,00	100
Izvanredni	f	11	29	61	38	14	153
	f%	7,19	18,95	39,87	24,84	9,15	100
Sveukupno	f	13	41	87	66	26	233
	f%	5,58	17,60	37,34	28,33	11,16	100

3.3 Pisanje

Pisanje, kao jedan od promatranih elemenata komunikacijskih vještina važnih za komunikaciju s pacijentom, ispitano je kroz četiri elementa:

- priprema pisanih uputa za pacijenta,
- obraćanje pozornosti na pravopis i gramatiku u pisanim uputama,
- provjeravanje razumljivosti pisane upute pacijentu,
- znanje pisanja upute pacijentu na stranom jeziku.

Anketirani studenti suglasni su da je priprema pisanih uputa za pacijente važan element koji utječe na kvalitetu komunikacije s pacijentom. Neutralan i negativan stav prema važnosti pripreme pisanih uputa ima 12,45 % studenata, a potpuno slaganje s tvrdnjom iskazalo je 61,25 % redovitih i 64,71 % izvanrednih studenata.

Međutim, uočljiva je razlika u stavovima studenata prema značaju pravopisa i gramatike u pisanim uputama pacijentima između redovitih i izvanrednih studenata. Potpuno slaganje s tvrdnjom iskazalo je 66,25 % redovitih i 44,44 % izvanrednih studenata, a gotovo 21 % izvanrednih studenata ima neutralan stav.

Važnost procjene pacijentovog razumijevanja pisane upute jedan je od elemenata u kojem je evidentan visok stupanj slaganja studenata kao i ujednačenost odgovora neovisno o statusu studiranja. Više od 80 % studenata ovaj element smatra važnim u komunikaciji s pacijentom. Gotovo polovina svih anketiranih studenata (43,77 %) ima negativan ili neutralan stav o važnosti znanja pisanja uputa na stranom jeziku (Tablica 5). Pri tome je udio izvanrednih studenata s neutralnim ili negativnim stavom 49,03 %, a redovitih 33,75 %. Usporedimo li stavove studenata o važnosti znanja pisanja uputa na stranom jeziku sa stavovima o važnosti govorne komunikacije s pacijentom na stranom jeziku, uočiti ćemo da četvrtina studenata ima neutralan ili negativan stav prema sporazumijevanju s pacijentom na stranom jeziku. Možemo zaključiti

da studenti smatraju značajnijim sporazumijevanje s pacijentom od pisanja uputa na stranom jeziku.

Tabela 5: Značaj pisanja uputa pacijentu na stranom jeziku

		1	2	3	4	5	Ukupno
Redoviti	f	0	7	20	35	18	80
	f %	0,00	8,75	25,00	43,75	22,50	100
Izvanredni	f	7	13	55	49	29	153
	f %	4,58	8,50	35,95	32,03	18,95	100
Sveukupno	f	7	20	75	84	47	233
	f %	3,00	8,58	32,19	36,05	20,17	100

3.4 Slušanje

Stav studenata o važnosti slušanja u komunikaciji s pacijentom ispitan je kroz četiri elementa:

- pažljivo slušanje pacijenta,
- korištenje različitih tehnika aktivnog slušanja (sažimanje, parafraziranje ...),
- vođenje bilješki tijekom razgovora s pacijentom,
- neprekidanje pacijenta.

Uspoređujući stavove studenata o značaju govorenja i pisanja kao promatranih elemenata komunikacijskih vještina sa značajem slušanja u komunikaciji s pacijentom, uočljiv je visok udio studenata koji slušanje pacijenta procjenjuju važnijim od govorenja i pisanja. Potpuno slaganje s tvrdnjom da je za komunikaciju s pacijentom važno slušanje iskazalo je 90,2 % ispitanika. Redoviti (92,5 %) i izvanredni (90,2 %) studenti gotovo su suglasni vezano za značaj vještina slušanja u komunikaciji s pacijentom.

Studenti su usklađeniji u stavovima o značaju slušanja nego u stavovima o značaju drugih elemenata komunikacijskih vještina relevantnih za komunikaciju s pacijentom. U potpunosti je suglasno s tvrdnjom značaja korištenja različitih tehnika aktivnog slušanja 85 % redovitih i 79,74 % izvanrednih studenata. Međutim, bilježenje informacija tijekom slušanja nije na istoj razini prepoznatljivosti značaja jer 18,03 % ispitanih ima negativan ili neutralan stav o značaju bilježenja razgovora s pacijentom, od kojih 21,25 % redovitih i 16,34 % izvanrednih studenata. Iako se 71,24 % ispitanih studenata u potpunosti slaže s tvrdnjom da je za komunikaciju s pacijentom važno ne prekidati pacijenta, uočljiv je podatak da 8,75 % redovitih i 9,15 % studenata ima negativan i neutralan stav prema ovom elementu komunikacije.

3.5 Neverbalna komunikacija

Značaj neverbalne komunikacije kao sastavnice komunikacijskih vještina važnih za rad s pacijentima ispitan je kroz četiri elementa:

- održavanje kontakta očima s pacijentom,
- obraćanje pozornosti na glasnoću govora, intonaciju, pauze,
- prostorna udaljenost i položaj tijela,
- kontrola vlastitog izraza lica, mimike.

Održavanje kontakta očima s pacijentom jedan je od elemenata neverbalne komunikacije koji studenti procjenjuju značajnim u komunikaciji s pacijentom: 77,68 % potpuno se slaže s tvrdnjom da je u komunikaciji s pacijentom važno održavati kontakt očima.

Paraverbalnu komunikaciju (boja glasa, intonacija i dr.) kao relevantan element neverbalne komunikacije prepoznalo je 95,71 % ispitanika koji se uglavnom ili potpuno slažu, pri čemu redoviti (95,00%) i izvanredni studenti (96,08 %) pridaju podjednaku važnost ovom obilježju neverbalne komunikacije.

Prostorna udaljenost i položaj tijela elementi su neverbalne komunikacije s čijim se značajem u komunikaciji s pacijentom uglavnom ili u potpunosti slaže 96,14 % ispitanih studenata.

Iako izraz i mimiku lica vrlo teško kontroliramo, sa značajem ovog elementa komunikacije s pacijentom uglavnom ili potpuno se slaže 94,12 % ispitanih studenata pri čemu je uočljiva usklađenost odgovora redovitih i izvanrednih studenata.

3.6 Značaj komunikacijskih vještina u sestrinstvu i samoprocjena vlastitih komunikacijskih vještina

Stručna znanja i vještine elementarna su pretpostavka kvalitetne sestrijske skrbi, a komunikacijske vještine osiguravaju adekvatno primanje i davanje informacija pacijentu.

Studenti su na skali od 1 do 5 (1 - Uopće se ne slažem, 2 - Uglavnom se ne slažem, 3 - Niti se slažem, niti se ne slažem, 4 - Uglavnom se slažem i 5 - Potpuno se slažem) iskazali značaj komunikacijskih vještina u sestrinstvu. Prosječna ocjena redovitih studenata bila je 4,71 (standardna devijacija 0,62), a izvanrednih 4,48 (standardna devijacija 0,73) (Tabela 6). Postavljena je nul hipoteza: Nema statistički značajne razlike u stavovima prema značaju komunikacijskih vještina u sestrinstvu između redovitih i izvanrednih studenata. Uz primjenu T-testa i uz $P < 5 \%$ utvrđena je statistički značajna razlika te se nul hipoteza odbacuje.

Tabela 6: Testiranje razlike u značaju komunikacijskih vještina u sestrinstvu između redovitih i izvanrednih studenata

	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Redoviti	80	4,71	0,62	2.46596	0.007196
Izvanredni	153	4,48	0,73		

Iako su kroz prethodna pitanja značaja elemenata komunikacijskih vještina za komunikaciju s pacijentom studenti dali značaj svakom od ispitanih elemenata, uočljiva je samokritičnost pri općoj procjeni vlastitih komunikacijskih vještina. Ocjenu 1 nije izabrao nitko od ispitanika, za ocjenu 2 odlučila su se dva studenta (0,86 %), za ocjenu 3 odlučilo se 13,73 % studenata. Ocjenu 4 izabralo je 58,27 % studenata, a ocjenom 5 svoje je komunikacijske vještine ocijenilo 27,04 % studenata (Tabela 7). Zanimljivo je uočiti razlike u samoprocjeni redovitih i izvanrednih studenata. Ukupno 66,25 % redovitih i 54,25 % izvanrednih studenata svoje je vještine ocijenilo ocjenom 4, dok je

18,75 % redovitih i 31,37 % izvanrednih studenata svoje vještine ocijenilo najvišom ponuđenom ocjenom.

Tabela 7: Samoprocjena komunikacijskih vještina studenata

		1	2	3	4	5	Ukupno
Redoviti	f	0	0	12	53	15	80
	f%	0,00	0,00	15,00	66,25	18,75	100
Izvanredni	f	0	2	20	83	48	153
	f%	0,00	1,31	13,07	54,25	31,37	100
Sveukupno	f	0	2	32	136	63	233
	f%	0,00	0,86	13,73	58,37	27,04	100

Postavljena je nul hipoteza: Nema statistički značajne razlike u samoprocjene vlastitih komunikacijskih vještina između redovitih i izvanrednih studenata komunikacijskih. Uz primjenu T-testa i $P < 5\%$ nije utvrđena statistički značajna razlika što potvrđuje nul hipotezu (Tabela 8).

Tabela 8: Testiranje razlike između samoprocjene vlastitih komunikacijskih vještina između redovitih i izvanrednih studenata

	N	Mean	SD	t	p
Redoviti	80	4,04	0,58	-1,32069	0,093956
Izvanredni	153	4,16	0,69		

4 Rasprava

Uzorak ispitanih studenata Stručnoga studija Sestrinstvo koji djeluje pri Visokoj tehničkoj školi u Bjelovaru čini 50 % ukupne populacije studenata sestristva i dopušta zaključivanje u odnosu na populaciju studenata sestristva u Bjelovaru. Ipak, bilo bi pretenciozno donositi zaključke na temelju ovog istraživanja na ukupnu populaciju studenata sestristva u Republici Hrvatskoj. Međutim, zaključci ovog istraživanja mogu biti korisni u eventualnim korekcijama i nadopunama programa stručnoga studija sestristva kao i smjernica za izradu programa cjeloživotnog obrazovanja sestara.

Studenti su svjesni značaja govorne komunikacije za kvalitetniji rad s pacijentom, a vrlo su kritični i prema osobnoj razini govorne komunikacije. Mogući model unapređenja govorne komunikacije studenata je poticanje govorne komunikacije tijekom nastavnog procesa kroz prezentacije, projektnu nastavu, rad na slučaju i slično.

Unatoč činjenici da je Hrvatska članica Europske unije, a ujedno i poželjna turistička destinacija građanima s područja Europske unije, studenti nedovoljno prepoznaju značaj govorne komunikacije na stranom jeziku. Uz poticanje uključivanja studenata u programe međunarodne mobilnosti, potrebno je omogućiti učenje stručnog stranog jezika tijekom studija, ali i u programima cjeloživotnog obrazovanja sestara.

Zabrinjavaju podatci o udjelu studenata koji imaju negativan ili neutralan stav prema čitanju stručne literature iz različitih izvora, a posebno čitanju literature na stranom

jeziku. Posebno zabrinjava stav izvanrednih studenata koji u svakodnevnom radu s pacijentima nedovoljno prepoznaju potrebu, ali i mogućnosti usavršavanja praćenjem stručnih tekstova, posebno stranih autora.

Poticanje i vrednovanje praćenja stručne literature, organizacijom skupova na kojima bi se prezentirali novi, suvremeni postupci u sestrinstvu iz izvora na hrvatskom ili stranom jeziku kao oblika stručnog usavršavanja mogući je model unapređenja sestrinstva.

Anketirani studenti suglasni su da je priprema pisanih uputa za pacijente važan element koji utječe na kvalitetu komunikacije s pacijentom, međutim, gotovo polovina svih anketiranih studenata (43,77 %) ima negativan ili neutralan stav o važnosti znanja pisanja uputa na stranom jeziku što zabrinjava i upućuje na potrebu intenziviranja programa stranog jezika u programu obrazovanja.

Uspoređujući stavove studenata o značaju govorenja i pisanja kao promatranih elemenata komunikacijskih vještina sa značajem slušanja u komunikaciji s pacijentom uočljiv je visok udio studenata koji slušanje pacijenta procjenjuju važnijim od govorenja i pisanja. Sudeći prema rezultatima istraživanja, studenti stručnog studija Sestrinstvo Visoke tehničke škole u Bjelovaru prepoznaju značaj promatranih elemenata neverbalne komunikacije. Postavlja se pitanje: jesu li studenti nedovoljno kritični ili nedovoljno razumiju značaj neverbalnih poruka u komunikaciji s pacijentom? Mogu li se elementi neverbalne komunikacije ugraditi u sadržaj kolegija struke?

Opća ocjena studenata o značaju komunikacijskih vještina u sestrinstvu može biti zadovoljavajuća. Međutim, ako joj dodamo samoprocjenu razine komunikacijskih vještina postavlja se pitanje potrebe intenziviranja sadržaja predmeta Komunikacijske vještine u ostale kolegije. Razlike u stavovima redovitih i izvanrednih studenata posljedica su radnog iskustva, međutim, upućuju na potreba implementiranja sadržaja u programe cjeloživotnog obrazovanja sestara u postupku licenciranja.

LITERATURA

1. Chant, S., Jenkinson, T., Randle, J. i Russell, G. (2002). Communication skills: some problems in nursing education and practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11 (1), 12–21.
2. Đorđević, V. i Braš, M. (2011). Osnovni pojmovi o komunikaciji u medicini. V. Đorđević i M. Braš (ur.), *Komunikacija u medicini* (str.1–6). Zagreb: Medicinska naklada.
3. Lučanin, D. i Despot Lučanin, J. (2010). *Komunikacijske vještine u zdravstvu*. Jastrebarsko: Naklada Slap
4. McCabe, C. i Timmins, F. (2006). *Communication Skills for Nursing Practice*. Palgrave: MacMillan.
1. Mojsović, Z. idr. (2005). *Sestrinstvo u zajednici – priručnik za studij sestrinstva* (str. 173-176). Zagreb: Visoka zdravstvena škola.
2. Pejić Bach, M. i Murgić, J. (2013). *Poslovne komunikacije 2*. Zagreb: Alka script.
3. Ribardić, S. i Vidoša, A. (2014). *Zdravstvena njega u zaštiti mentalnog zdravlja*. Zagreb: Medicinska naklada.

Redna telesna dejavnost bolnikov s srčnim popuščanjem in vloga medicinske sestre pri tem

UDK 616.12-009.17:796

KLJUČNE BESEDE: kakovost življenja, telesna dejavnost, zdravstvena vzgoja

POVZETEK - Redna telesna dejavnost velja za obetajoč način zdravljenja bolnikov s srčnim popuščanjem, saj pomembno poveča telesno zmogljivost in zagotavlja večjo kakovost življenja. Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Opravljen je bil pregled in analiza znanstvene ter strokovne literature, objavljene od leta 2005 do 2016. Literaturo smo iskali s pomočjo vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov COBIB.SI, podatkovnih baz CINAHL in Medline ter drugih relevantnih tiskanih in elektronskih virov. Z vsebinsko analizo 16 znanstvenih člankov smo ugotovili, da izvajanje telesne dejavnosti bolnikov s srčnim popuščanjem izboljšuje kakovost njihovega življenja, telesno moč in vzdržljivost ter vpliva na zmanjšanje števila hospitalizacij in umrljivosti. Pregled literature je pokazal, da učinki redne telesne dejavnosti ugodno vplivajo na bolnika s srčnim popuščanjem. Zato je zelo pomembna načrtovana in kontinuirana zdravstvena vzgoja bolnikov, saj bolnik v tem procesu pridobi znanje in veščine s področja telesne dejavnosti. Pri tem ima medicinska sestra pomembno vlogo, saj s svojim znanjem bolnika spodbuja, ga uči in mu svetuje.

UDC 616.12-009.17:796

KEY WORDS: quality of life, physical activity, health education

ABSTRACT - Regular physical activity is considered a promising way to treat patients with heart failure as it increases physical performance and improves the quality of life. The descriptive method of work was used. A literature review and analysis were conducted using the printed and electronic sources from the catalogue bibliographic database COBIB.SI, databases CINAHL and Medline, published in the period between the years 2005 and 2016. The analysis of 16 scientific articles showed that physical activity in patients with heart failure improves their quality of life, physical strength and endurance as well as leads to a reduced number of hospitalisations and mortality rate. The literature review showed that regular physical activity has beneficial effects on patients with heart failure. Therefore, planned and continuous health education of patients is of great importance as patients gain knowledge and skills related to physical activity in the process of health education. The nurse has an important role in promoting, teaching and advising patients.

1 Teoretična izhodišča

Bolezni srca in žilja, kamor spada tudi srčno popuščanje (SP), so vodilni vzrok obolevnosti in umrljivosti v svetu (Janša, 2011) in pri nas v Sloveniji, kjer predstavljajo približno 38 % vseh vzrokov smrti (Fras, Zakotnik, Eržen, Vrbovšek in Leskošek Fras, 2012). SP imenujemo tudi srčna insuficienca ali dekompenzacija srca. Je stanje, pri katerem črpalna dejavnost ne zagotavlja zadostnega minutnega volumna srca in s tem zadostne prekrvitve organov. Srce, ki popušča, ni sposobno prečrpati dovolj krvi, da bi zadostilo potrebam organov ali pa je tega zmožno le ob povečanem polnilnem tlaku (povečanem tlaku v prekatu ob koncu diastole). Zato kri zastaja v žilah dovodnicah (venah) in v telesu (Kapš, Kapš in Kapš, 2009). Najpogostejši znaki in simptomi SP so: dispneja (težko dihanje ob naporu, pojavi se tudi v mirovanju-ortopneja in v spanju- kar imenujemo paroksizmalna nočna dispneja), težave s spanjem (nočni kašelj),

zmanjšana telesna zmogljivost, utrujenost, periferno otekanje, pljučni edem, občutek napihnjenosti, izguba teka in palpitanje (Kapš idr., 2009).

Zdravljenje SP je usmerjeno v zdravljenje osnovne bolezni, ki je pripeljala do SP. Cilj zdravljenja je odstranjevanje težav (lajšanje simptomov) in izboljšanje kakovosti življenja bolnikov, pri tem pa tudi zmanjšanje hospitalizacij in umrljivosti (Kapš idr., 2009; Trobec, 2013; Nicholson, 2014). Načini zdravljenja SP so neposredno povezani s stopnjo napredovanja bolezni. Pri blažji obliki bolezni so dovolj nefarmakološki ukrepi in zdravljenje z zdravili, pri napredovalem SP pa uporabljamo tudi invazivne in kirurške metode zdravljenja (Vrtovec in Poglajen, 2011). Uporablja se tudi program srčne rehabilitacije – to je usklajen in medicinsko nadzorovan program, s katerim srčnim bolnikom pomagamo doseči in vzdrževati čim boljše telesno in duševno zdravje (Jug in Gužič, 2011).

Danes redna telesna dejavnost velja za obetajoč način zdravljenja teh bolnikov, saj jim pomembno poveča telesno zmogljivost in zagotavlja večjo kakovost življenja (Janša, 2011). Raziskave so pokazale, da je telesna dejavnost v korist vseh bolnikov s kroničnim SP (Lainščak, Blue in Clark, 2011), saj so raziskovalci dokazali, da se anomalije skeletnih mišic lahko omilijo s telesno dejavnostjo (Boudreau in Genovese, 2007). Prednosti telesne dejavnosti vključujejo povečanje telesne zmogljivosti, zmanjšanje simptomov med vadbo in izboljšanje kakovosti življenja (Lainščak idr., 2011). Redna telesna dejavnost lahko na koncu prinese tudi ugodne spremembe v miokardni funkciji, simptomih SP, funkcionalni zmogljivosti, povečani življenjski dobi in preživetju (Piepoli, Conraads in Corra, 2011).

Del zdravljenja SP je tudi zdravstvena vzgoja, ki vključuje učenje in poučevanje bolnikov s strani različnih zdravstvenih delavcev. Tako učenje je timsko in zahteva dobro sodelovanje vseh članov v zdravstvenem timu in sodelovanje z bolniki (Hvala, 2006). Medicinska sestra ima ključno vlogo pri zagotavljanju klinične in psihološke podpore bolnikom, zato v bolnišnicah in skupnostih deluje kot članica multidisciplinarnega tima (Tansey, 2010). Ostali člani tima so še zdravnik, fizioterapevt in, če je potrebno, tudi psiholog (Janša, 2011). Multidisciplinarni tim deluje tako, da člani različnih poklicev z različnimi vlogami ne sprejemajo skupnih odločitev, ampak delujejo vzporedno (Bauer, Pahor in Domajnko, 2014).

Vloga medicinske sestre je pri tem močno usmerjena v terapevtsko oskrbo, učenje in intervencije za samooskrbo (bolnike uči večje samostojnosti) (Sauer, Rabelo in Castro, 2010). Medicinska sestra ima ključno vlogo pri vodenju bolnikov s SP, ne glede na to, ali so bolniki v bolnišnici ali v domači oskrbi. V procesu zdravstvene vzgoje medicinska sestra bolnike s SP nauči, kako naj živijo s kronično boleznijo. To pomeni, da medicinska sestra bolnike nauči pravilnega jemanja zdravil, priporoči jim redno cepljenje proti gripi, pouči jih glede vnosa zdrave in uravnotežene prehrane in jim razloži pomen redne telesne dejavnosti. Le poučeni bolniki bodo znali nadzorovati svojo bolezen (Tansey, 2010). Medicinska sestra deluje na različnih področjih, eno od teh so ambulate za SP, kjer izvaja zdravstveno vzgojo in svetovanje bolnikom s SP. Ambulanta omogoča vključitev v program celostne rehabilitacije za bolnike s SP ter jim ponuja prilagojeno redno telesno dejavnost, medicinsko spremljanje, dodatno

zdravstveno vzgojo ter psiho-socialno podporo (Janša, 2011). Medicinska sestra deluje tudi na bolnikovem domu in sicer kot patronažna medicinska sestra, kjer bolnike spodbuja k redni telesni dejavnosti in upoštevanju vadbenih programov (Lewis, 2012).

2 Namen

Namen prispevka je na osnovi pregleda literature raziskati učinke telesne dejavnosti na bolnika s srčnim popuščanjem in predstaviti vlogo medicinske sestre. Cilji so predstaviti: pozitivne učinke redne telesne dejavnosti, priporočeno telesno dejavnost in njen vpliv na izboljšanje SP ter zdravstvenovzgojno delo medicinske sestre bolnikov s SP.

3 Metoda

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Narejena sta bila pregled in kritična analiza strokovne in znanstvene literature. Literaturo smo iskali s pomočjo vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov COBIB.SI, informacijskega servisa EBSCOhost ter podatkovnih baz CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) in Medline. Iskanje je potekalo tudi preko spletnega brskalnika Google Scholar. Literaturo smo iskali s pomočjo naslednjih ključnih besed v slovenskem jeziku: srčno popuščanje, telesna dejavnost, srčno popuščanje in medicinska sestra, medicinska sestra, vloga medicinske sestre, zdravstvena vzgoja, učenje, in ključnih besed v angleškem jeziku: heart failure, heart failure rehabilitation, physical activity, exercise training, physical activity with heart failure, nurse, health education, teaching, nursing role. Pregledali smo tudi knjige in zbornike v knjižnici Zdravstvene fakultete Ljubljana ter slovenske strokovne revije, kot so: Obzornik zdravstvene nege, Zdravniški vestnik in Slovenska kardiologija (znanstveno strokovna revija za področje srčno-žilne medicine). S pomočjo podatkovnih baz smo našli 432 člankov, katere smo nato omejili na članke, objavljene med letoma 2005 in 2016, prosto dostopne in dostopne v celoti: Število člankov se je tako zmanjšalo na 186. Dodali smo še dodatne izločitvene kriterije: članki, ki že v naslovu obravnavajo srčno popuščanje, zdravljenje srčnega popuščanja in srčno popuščanje v povezavi z telesno dejavnostjo ter so prosto dostopni v slovenskem, angleškem in hrvaškem jeziku. Število člankov se je zmanjšalo na 73, od tega se je 7 člankov ponovilo in 6 člankov ni bilo možno pregledati. Ko smo izločili še tiste članke, ki obravnavajo učinke telesne dejavnosti pri različnih programih srčne rehabilitacije, se je število člankov zmanjšalo na 16.

4 Rezultati

Iz 16 znanstvenih besedil (člankov), kjer so avtorji ugotavljali učinke telesne dejavnosti na bolnike s SP, nas je zanimalo katere vrste telesne dejavnosti se izvajajo in kakšen je njihov vpliv na življenje bolnika.

Adamopoulos, Schmid in Dendale (2104), so ugotovili, da dihalne vaje v kombinaciji z aerobno telesno dejavnostjo izboljšajo delovanje dihalnih mišic, olajšajo dispnejo in dvignejo kakovost življenja bolnika. Lin, McElfresh, Hall, Bloom in Farrell (2012), so ugotovili, da so dihalne vaje učinkovite za izboljšanje mišične moči dihal, telesne zmogljivosti in dispneje pri bolniku s SP.

Program telesne dejavnosti, ki je sestavljen iz 20 minut ogrevanja, 20-40 minut aerobne telesne dejavnosti (kolo ali ročni ergometer), 5 minut ohlajevanja in 20 minut sproščanja je učinkovit za izboljšanje kakovosti življenja, kar se je pokazalo z izboljšano telesno pripravljenostjo in dejavnostjo bolnika. Zmanjšale so se psihološke in fizične omejitve ter bolečina, povečala se je energija in izboljšala se je dejavnost v družbi (Ghanbary-Firoozabadi, Rahimianfar in Reza, 2014).

Plesna terapija (poljuben ples, ki traja 3-krat tedensko po 40-50 minut) lahko izboljša maksimalno dihalno kapaciteto in izboljša kakovost življenja bolnikov s SP. Zaradi tega predlagajo da se plesna terapija vključi v programe srčne rehabilitacije (Gomes, Menezes in Carvalho, 2014). Guimarães, Carvalho, Bocchi in d'Avila VMi (2012), so ugotovili, da je vadba pilatesa koristno dopolnilo za zdravljenje SP, ker izboljša funkcionalne zmožnosti bolnikov s SP. Pan, Yan, Guo in Yan (2013), so ugotovili, da je vadba tajči izboljšala kakovost življenja pri bolnikih s kroničnim SP.

Hui, Yang in Chan (2006) so raziskovali pomen skupinskega programa telesne dejavnosti. Program je trajal 12 tednov in je vključeval tedenska srečanja (eno srečanje je trajalo 2 uri). Prva ura je vključevala zdravstveno vzgojo, druga ura pa je bila sestavljena iz telesne dejavnosti, ki je vsebovala vaje za ogrevanje, raztezne vaje za zgornje in spodnje ekstremitete (raztezanje z elastičnimi traki in ples). Ugotovili so, da je program za bolnike s SP izvedljiv, sprejemljiv in izboljša njihovo telesno pripravljenost ter pripomore k izboljšani kakovosti življenja. S pomočjo tega programa bolnik hitreje prevzame odgovornost za svoje zdravje in je pripravljen sodelovati.

Telesna dejavnost v domačem okolju (kolesarjenje, sprehodi in plavanje) koristi ljudem s SP v kratkem času in pozitivno vpliva na telesno zmogljivost, telesno težo, samokontrolo, endotelijsko funkcijo in kapaciteto kisika v skeletnih mišicah (Hwang, Reddfern in Alison, 2008). Fayazi, Zarea, Abbasi in Ahmadi (2013), so ugotovili, da je njihov program hoje doma vplival na izboljšano telesno pripravljenost bolnikov, izboljšali so se časovni rezultati (v krajšem času so prehodili isto razdaljo) pa tudi kakovost življenja bolnikov se je izboljšala.

Jónsdóttir, Andersen, Sigurosson in Sigurosson (2006), so ugotovili, da je za bolnike s kroničnim SP nadzorovana telesna dejavnost varna, saj izboljša prehojeno razdaljo pri 6-minutnem testu hoje, izboljša mišično moč in rezultate testa z ergometrom. Ricard, Camarda, Foley, Givertz in Cahalin (2011), so ugotovili da je program hoje pri bol-

niku z akutno dekompenzacijo srca varen, če bolnik stalno jemlje inotropna zdravila. Izboljšali so se funkcionalni rezultati pri prehojeni razdalji, izboljšal pa se je tudi srčni in dihalni odgovor.

Mandic, Tymchak in Kim (2009), so dokazali, da so aerobne vaje in kombinacija aerobnih vaj z vadbo z obremenitvijo učinkovite intervencije za izboljšanje pljučne kapacitete pri bolniku s SP. Kombinacija aerobnih vaj z vadbo z obremenitvijo pa pripomore tudi pri izboljšanju mišične moči in vzdržljivosti. Zuazagoitia, Grandes in Torcal (2010), so ugotovili, da je vadba EFICAR (EFICAR – Ejercicio fisico en la insuficiencia cardiaca) vodena progresivna vadba z aerobnimi vajami in vajami za mišično moč. Ta vadba ne poveča možnosti za dekompenzacijo srca, hospitalizacijo in smrtnost. Ugodno pa vpliva na kakovost življenja bolnika s SP.

Nilsson, Hellesnes, Westheim in Risberg (2008), so dokazali da je Norveški model srčne rehabilitacije Ulleval (program intervalnih treningov visoke intenzivnosti) povečal telesno zmogljivost in izboljšal kakovost življenja bolnikov s SP. Nyberg, Lindström in Wadell (2013), so ugotovili, da so vaje z eno ekstremiteto (pri vadbi kjer se uporablja ena roka/noga naenkrat) izboljšale telesno zmogljivost pri bolnikih, ki imajo KOPB (kronično obstruktivno pljučno bolezen) in kronično SP.

Piotrowicz, Baranowski in Bilinska Min (2010), najavajo, da je domača monitorizirana srčna rehabilitacija (ki je nadzorovana z računalniškim programom) enako učinkovita kot ambulantna rehabilitacija in zagotavlja izboljšanje kakovosti življenja ter telesne zmogljivosti.

5 Razprava

Zdravljenje SP je usmerjeno k lažšanju simptomov in znakov, zmanjšanju števila hospitalizacij in umrljivosti bolnikov (Trobec, 2013). Poznamo različne načine zdravljenja SP, in eden izmed nefarmakoloških načinov zdravljenja je telesna dejavnost. Ta je zelo pomembna za bolnike s SP, saj z njo izboljšajo svoje trenutno zdravstveno stanje, okrepijo si mišice, izboljšajo telesno kondicijo ter tako pripomorejo k izboljšanju bolezni. Pregled literature je pokazal, da ima redna telesna dejavnost v domačem okolju pozitiven učinek na telesno zmogljivost, telesno težo, samokontrolo, zmanjša število hospitalizacij in umrljivost (Hwang idr., 2008; Fayazi idr., 2013). Z monitorizirano (telesno) dejavnostjo v domačem okolju postane bolnik neodvisen, pripravljen na dnevne izzive, izboljša se mu mentalna in telesna kondicija in kar je najpomembnejše bolezen veliko manj negativno vpliva na bolnikovo življenje (Piotrovicz idr., 2010). Tudi skupinske vadbe, dihalne vaje, aerobne vadbe in aerobne vadbe z vadbo z obremenitvijo imajo ugodne učinke na telesno zmogljivost in kakovost življenja (Adamopoulos idr., 2104; Ghanbary-Firoozabadi idr., 2014).

Ugotovili smo, da se izvajajo tudi novi in alternativni načini zdravljenja s pomočjo telesne dejavnosti, kot so plesna terapija, tajči, pilates pa tudi vadba z eno ekstremiteto, ki prav tako ugodno vplivajo na zdravje bolnika (Guimarães idr., 2012; Pan idr., 2013; Nyberg idr., 2013; Gomes idr., 2014).

Univerzalnega recepta glede izvajanja telesne dejavnosti za bolnike s SP ni. Obstajajo pa priporočila za izvajanje telesne dejavnosti, ki so odvisna od vsakega posameznika posebej in njegovih sposobnosti (Piepoli idr., 2011). Zato je zelo pomembna načrtovana in kontinuirana zdravstvena vzgoja bolnikov s SP. To je dolgotrajen proces, ker enkratno srečanje in pogovor z bolnikom ne prinese bistvenih sprememb (Kladnik, 2008). V procesu celostne in individualne obravnave bolnika sodelujejo vsi člani multidisciplinarnega tima (Knocke, 2012). Tako bi lahko fizioterapevt za vsakega bolnika pripravil individualni načrt telesne vadbe glede na bolnikovo zdravstveno stanje (ob upoštevanju NYHA klasifikacije). Ugotavljamo pa, da je fizioterapevt v slovenskih bolnišnicah večinoma navzoč samo v dopoldanskem času. Običajno pa je odsoten v popoldanskem času ter ob nedeljah in praznikih, zato je medicinska sestra tista, ki bolnika spodbuja in ga motivira za izvedbo predpisane vadbe s stani fizioterapevta. Medicinska sestra kot član multidisciplinarnega tima sodeluje v procesu zdravljenja in rehabilitacije bolnika s SP. Pomembno je, da fizioterapevt in medicinska sestra v procesu zdravstvene vzgoje izhajata iz bolnikovih učnih potreb, pri postavitvi ciljev vključita bolnika, načrtujeta, izvajata in vrednotita ter dokumentirata zdravstveno vzgojo.

6 Sklep

SP je še vedno pogost vzrok obolevnosti in umrljivosti. Poznamo različne načine zdravljenja in eden izmed nefarmakoloških načinov je redna telesna dejavnost, ki izboljša bolnikovo trenutno zdravstveno stanje, vpliva na ohranjanje mišične moči, izboljša bolnikovo telesno pripravljenost in vpliva na kakovost življenja. Natančno določena redna telesna dejavnost, ki bi bila primerna za bolnike s SP, ne obstaja. Pri bolnikih s SP je namreč zelo pomembna individualna in celostna obravnava, kar pomeni, da fizioterapevt za vsakega bolnika pripravi individualni načrt telesne vadbe do te mere, da je zanj koristna. V izvajanje načrta telesne vadbe se vključuje tudi medicinska sestra, ki je ves čas ob bolniku. Kot članica multidisciplinarnega tima, ima v procesu zdravljenja bolnika s SP več zelo pomembnih nalog: izvaja zdravstveno vzgojo, mu svetuje, ga vodi in spremlja ter ga spodbuja v procesu zdravljenja. V procesu zdravstvene vzgoje medicinska sestra bolnika nauči vse o simptomih in znakih SP, zdravi in uravnoteženi prehrani, rednem jemanju zdravil, načinih obvladovanja stresa in načinih opuščanja kajenja.

LITERATURA

1. Adamopoulos, S., Schmid, J. P., Dendale, P., Poerschke, D., Hansen, D., Dritsas, A. idr. (2014). Combined aerobic/inspiratory muscle training vs. Aerobic training in patients with chronic heart failure: The Vent-HeFT trial: A European prospective multicentre randomized trial. *European Journal of Heart Failure*, 16 (5), 574–582.
2. Bauer, M., Pahor, M., Domajnko, B., Eržen B., Ferfila, I., Furlan, N., idr. (2014). Zavezniki za zdravje: Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.

3. Boudreau, M. and Genovese, J. (2007). Cardiac rehabilitation: A comprehensive program for the management of heart failure. *Progres in Cardiovascular Nursing*, 22 (2), 88–92.
4. Fayazi, S., Zarea, K., Abbasi, A. and Ahmadi, F. (2013). Effect of home-based walking on performance and quality of life in patients with heart failure. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27 (2), 246–252.
5. Fras, Z., Zakotnik, J. M., Eržen, J. G., Vrbovšek, S. in Leskošek, B. (2012). Srčno-žilna preventiva v Sloveniji zgodba o uspehu in/ali kako smo lahko še boljši. V Z. Fras (ur.), Slovenski forum za preventivo bolezni srca in žilja 2012, Ljubljana, junij 2012 (str. 10–29). Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije – Slovenska hiša srca.
6. Ghanbary-Firoozabadi, M., Rahimianfar, A. A., Reza, V. N. M., Namayandeh, S. M., Emami M., Boostani F. idr. (2014). A study of the effect of cardiac rehabilitation on heart failure patients life quality. *Journal of Medicine and Life*, 7 (1), 51–54.
7. Gomes, N. M., Menezes, M. A. and Carvalho, V. O. (2014). Dance therapy in patients with chronic heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 28 (12), 1172–1179.
8. Guimarães, G. V., Carvalho, V. O., Bocchi, E. A., d'Avila, V. M. (2012). Pilates in heart failure patients: a randomized controlled pilot trial. *Cardiovascular Therapeutics*, 30 (6), 351–356.
9. Hui, E., Yang, H., Chan, L. S. Or, K., Lee, D. T., Yu, C. M. idr. (2006). A community model of groupe habilitation for older patients with chronic heart failure: A pilot study. *Disability and Rehabilitation*, 28 (33), 1491–1497.
10. Hvala, U. (2006). Prehrana in telesna dejavnost pri bolniku s srčnim popuščanjem. V A. Kvas, M. R. Pandel (ur.), Varovanje zdravja – prehrana, telesna dejavnost in pozitivna samopodoba: zbornik predavanj: XVII. strokovno srečanje, Radenci 2. in 3. junija 2006 (str. 57–62). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji.
11. Hwang, R., Reddfern, J. and Alison, J. (2008). A narrative review on home-based exercise training for patients with chronic heart failure. *Physical Therapy Reviews*, 13 (4), 227–236.
12. Janša, T. K. (2011). Zdravstvenovzgojno delo v ambulanti za srčno popuščanje: Živeti s kronično boleznijo. V A. Kvas (ur.), Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo (str. 107–117). Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 107–117.
13. Jónsdóttir, S., Andersen, K. K., Sigurosson, A. F. and Sigurosson, S. B. (2006). The effect of physical training in chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 8 (1), 97–101.
14. Jug, B. in Gužič, S. B. (2011). Rehabilitacija srčnih bolnikov. V M. Košnik, F. Mrevlje, D. Štajer, P. Černelč, M. Koželj (ur.), *Interna medicina* (str. 348–351). Ljubljana: Slovensko medicinsko društvo.
15. Kapš, P., Kapš, R., Kapš, P. in Kapš, O. S. (2009). *Bolezni srca in žilja*. Novo mesto: Grafika Tomi.
16. Kladnik, M. (2008). Standard poučevanja bolnika s srčnim popuščanjem. V M. T. Hovnik, J. Munič, (ur.), *Zdravstveno vzgojno delo na področju internistične zdravstvene nege: 18. strokovni seminar, Slovenj Gradec*, 28. marec 2008: zbornik predavanj (str. 73–80). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na internistično-infektološkem področju.
17. Knocke, A. (2012). Program description: Physical therapy in a heart failure clinic. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal* (American Physical Therapy Association, Cardiopulmonary Section), 23 (3), 46–47.
18. Lainščak, M., Blue, L., Clark, A. L., Dahlström, U., Dickstein, K., Ekman, I. idr. (2011). Self-care management of heart failure: practical recommendations from the patient care committee of the heart failure association of the European society of cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 13 (2), 115–126.
19. Lewis, H. L. (2012). Physical activity is the key to cardiac health. *Primary Health Care*, 22 (1), 16–21.

20. Lin, S. J., McElfresh, J., Hall, B., Bloom, R., Farrell, K. (2012). Inspiratory muscle training in patients with heart failure: A systematic review. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal (American Physical Therapy Association, Cardiopulmonary Section)*, 23 (3), 29–36.
21. Mandic, S., Tymchak, W., Kim, D. Daub B., Quinney H. A., Taylor, D. idr. (2009). Effects of aerobic or aerobic and resistance training on cardiorespiratory and skeletal muscle function in heart failure: a randomized controlled pilot trial. *Clinical Rehabilitation*, 23 (3), 207–216.
22. Nicholson, C. (2014). Chronic heart failure: pathophysiology, diagnosis and treatment. *Nursing Older People*, 26 (7), 29–38.
23. Nilsson, B. B., Hellesnes, B., Westheim, A. and Risberg, M. A. (2008). Group-based aerobic interval training in patients with chronic heart failure: Norwegian Ullevaal model. *Physical Therapy Journal*, 88 (4), 523–535.
24. Nyberg, A., Lindström, B. and Wadell, K. (2013). Evidence for single-limb exercises on exercise capacity, quality of life, and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease or chronic heart failure. *Physical Therapy Reviews*, 18 (3), 157–172.
25. Pan, L., Yan, J., Guo, Y. and Yan, J. (2013). Effects of Taichi training on exercise capacity and quality of life in patients with chronic heart failure: a meta-analysis. *European Journal of Heart Failure*, 15 (3), 316–323.
26. Piepoli, F. M., Conraads, V., Corra, U., Dickstein, K., Francis, D. P., Jaarsma, T. idr. (2011). Exercise training in heart failure: from theory to practice. A consensus document of the heart failure association and the European association for cardiovascular prevention and rehabilitation. *European Journal of Heart Failure*, 13 (4), 347–357.
27. Piotrowicz, E., Baranowski, R., Bilinska, M., Stepnowska, M., Piotrowska, M., Wójcik, A. idr. (2010). A new model of home-based telemonitored cardiac rehabilitation in patients with heart failure: effectiveness, quality of life, and adherence. *European Journal of Heart Failure*, 12 (2), 164–171.
28. Ricard, P. E. H., Camarda, R., Foley, L. L., Givertz, M. M. and Cahalin, L. P. (2011). Case report: Exercise in a patient with acute decompensated heart failure receiving positive inotropic therapy. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal (American Physical Therapy Association, Cardiopulmonary Section)*, 22 (2), 13–18.
29. Sauer, J., Rabelo, E. R., Castro, R. A. Goldraich, L., Rohde, L. E. and Clausell, N. idr. (2010). Nurses' performance in classifying heart failure patients based on physical exam: comparison with cardiologist's physical exam and levels of N-terminal pro-B-type natriuretic peptide. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (23/24), 3381–3389.
30. Tansey, P. (2010). Counting the cost of heart failure to the patient, the nurse and the NHS. *British Journal of Nursing*, 19 (22), 1396–1401.
31. Trobec, K. (2013). Kronično srčno popuščanje – vidik farmacevta. *Farmacevtski Vestnik*, 64 (1), 11–17.
32. Vrtovec, B. in Poglajen, G. (2011). Sodobni načini zdravljenja srčnega popuščanja. *Zdravstveni Vestnik*, 80 (4), 302–315.
33. Zuazagoitia, A., Grandes, G., Torcal, J., Lekuona, I., Echevarria, P., Gómez, M. A. idr. (2010). Rationale and design of a randomised controlled trial evaluating the effectiveness of an exercise program to improve the quality of life of patients with heart failure in primary care: The EFICAR study protocol. *BMC Public Health Journal*, 10 (1), 1–10.

Utjecaj zdravstvene informacijske tehnologije na kakvoću zdravstvenog osiguranja

UDK 364.32+659.2:004

KLJUČNE RIJEČI: zdravstvo, informatizacija, podaci, utjecaj

POVZETEK - Zdravstveni podaci, prema svim europskim propisima, su među najosjetljivijim podataka i njihova obrada i nepravilna upotreba može imati vrlo negativne posljedice na živote pojedinaca. Pri brojnim visokim troškovima zdravstva i problematičnim pristupima, možemo zaključiti da je u primjeni elektroničkog zdravstva otvara zbirku društvenim, financijskim, političkim, kliničkih i tehničkih pitanja. Sve više zemalja uvodi informacijsku i komunikacijsku tehnologiju u zdravstveni sustav kroz elektroničke zdravstvene kartone, telemedicinu, upravljanje znanjem o zdravlju, virtualne zdravstvene timove, mobilno zdravstvo, liječenje temeljeno na prikupljenim podacima o obrađenim slučajevima te upravljanje specijalističkim medicinskim podacima. U ovom članku ćemo se usredotočiti na istraživanje utjecaja informacijske i komunikacijske tehnologije na cjelokupni sustav zdravstvene zaštite; njegov utjecaj na rad zdravstvenih djelatnika i pacijenata. Informatizacija zdravstva je put naprijed kako bi se osigurao bolji zdravstveni sustav i briga za građane EU-a.

UDC 364.32+659.2:004

KEY WORDS: health care, computerisation, data, impact

ABSTRACT - Healthcare data, according to all European regulations, are among the most sensitive data and its processing and improper use can have very negative consequences on the lives of individuals. If one adds the high cost of health care and the problem of political approaches, we can conclude that the implementation of electronic health care opens the collection of social, financial, political, clinical and technical questions. More and more countries introduce information and communication technology in the healthcare system through electronic health records, telemedicine, health knowledge management, the virtual healthcare teams, mobile health care, treatment based on collected data on processed cases and management of specialist medical data. In the article we will focus on studying the impact of ICT on the entire healthcare system; its influence on the work of healthcare professionals and patients. Computerisation of health care is the way forward to ensure better healthcare system and care for EU citizens.

1 Uvod

Zdravstveni sustav u svijetu doživljava strukturne promjene u posljednjih nekoliko desetljeća. Nova tehnološka dostignuća u medicini, te primjene različitih informacijsko-komunikacijskih rješenja zahtijevaju promjene organizacije rada i standardizaciju radnih postupaka u zdravstvenim ustanovama. Pred zdravstvene ustanove postavlja se uvjet povećanja učinkovitosti pružanja zdravstvenih usluga uz potpun nadzor uspješnosti poslovanja te se spontano nameće uvođenje informacijskih sustava podržanih informacijskom i komunikacijskom tehnologijom. Informatički sustavi, bilo da su oni elektronički ili papirnati, ključni su za djelotvorno i učinkovito poslovanje zdravstvenih organizacija.

Devedesetih godina prošlog stoljeća u Hrvatskoj je započela informatizacija zdravstvenog sustava. Ponajprije je uvedena informatizacija u poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO), a nešto kasnije je informatizacija provede-

na i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i bolničkim ustanovama. Cilj informatizacije je pojednostaviti korištenje i smanjivanje velikog broja papirnatih medicinskih zapisa, koji se često gube ili su nedostupni liječniku u trenutku kada su potrebni, te konačno usklađivanje svih zdravstvenih informacijskih sustava u Republici Hrvatskoj.

Svrha ovog rada je da se utvrdi zadovoljstvo kvalitetom usluga informacijske tehnologije u zdravstvenom osiguranju. Anketom će pokušati dobiti sliku o tome koliko su korisnici zadovoljni kvalitetom informacijskih usluga. Koncept informacijske službe podrazumijeva sve aktivnosti na području hardvera i radi u području informacijske tehnologije. Želimo znati koliko su korisnici zadovoljni s pomoću koja se pruža od strane IT korisnika, s instalacijom novih i održavanje postojećih programa i hardvera, pružanje savjeta, čime se osigurava rad cjelokupnog računalnog sustava i obrazovanja. Istraživanje će osigurati anonimnost.

2 E-zdravstvo u Republici Hrvatskoj

Informatizacija zdravstvenih usluga dio je programa e-Hrvatska, od kojega se očekuje poboljšanje kvaliteta usluge pružene građanima uz znatne financijske uštede. Glavna područja primjene su: informatizacija primarne zdravstvene zaštite, uvođenje integralnog informacijskog sustava za bolnice te informatizacija Hrvatskoga zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO-a) uz uvođenje multifunkcionalnih pametnih kartica. Jedan od glavnih zadataka ovoga projekta je uspostavljanje standarda informacijskih sustava uvođenjem online dogovora za preglede od strane stručnjaka.

Informatizacija primarne zdravstvene zaštite pod nazivom e-zdravstvo, omogućila je da pacijenti umjesto papirnatih uputnica i recepata koriste elektronički recept, elektronički sustav naručivanja i elektronički zdravstveni karton čime se znatno smanjilo nepotrebno administriranje, te se zdravstvenim djelatnicima osiguralo više vremena za njihove pacijente. Također jedna od prednosti je i ušteda na papiru za recepte pacijenata, te bolja kontrola, racionalno poslovanje i viši standard usluga pacijentima.

2.1 Prednosti i nedostaci e-zdravstva

Uvođenje informacijskih i komunikacijskih tehnologija uvijek je skupo, a pogotovo ako se radi o sustavima s velikom složenošću. S obzirom da zdravstvo pripada takvoj grupi, razlozi za uvođenje novih tehnologija moraju biti financijski opravdani, dakle podrazumijevaju racionalizaciju i smanjenje troškova. Čak se i najbogatije države svijeta suočavaju s ograničenim resursima koji se mogu koristiti za zdravstvene usluge. Razlozi tome su starenje populacije, uvođenje novih i skupih lijekova te veliki napredak u razvoju tehnike i tretmana za prevenciju i liječenje.

3 Metodologija

Zdravstvene organizacije su često veliki pluralistički koncepti u pluralističkim okvirima i postoji mnogo istraživanja koja se bave tematikom. (Effective health care, getting evidence into practice, NHS). Budući da se današnji sustavi i organizacije koji pružaju zdravstvenu skrb susreću sa složenim zahtjevima pružanja učinkovite i cijenom povoljne usluge, a da pri tome kvaliteta i sigurnost medicinskih usluga moraju ostati na najvišoj razini, te uzimajući u obzir potrebu za poboljšanjem nove generacije sustava zdravstvene skrbi, uvedene su elektroničke usluge koje pomažu zdravstvenim institucijama i ostalim subjektima uključenim u zdravstveni sustav, poboljšanje učinkovitosti, pravovremenosti, sigurnosti i opće kvalitete medicinskih usluga. Uvođenje elektroničkog zdravstvenog kartona, e-uputnice i e-recepta pa sve do opsežnih i integriranih aplikacija informacijskog sustava i sustava za udaljeni nadzor pacijenata, dovelo je do znatnog napretka u hrvatskom zdravstvu.

U ovom radu fokusirat ćemo se na istraživanju utjecaja informatizacije na cjelokupan zdravstveni sustav. Njegov utjecaj na rad zdravstvenih djelatnika. Korisnost programa za medicinsko odlučivanje, omogućivanje podizanje kvalitete liječenja na višu razinu, Informacijski sustavi u zdravstvu potpomažu donošenju ispravne odluke o liječenju bolesnika, skraćuju vrijeme potrebno za određivanje dijagnoze i terapije te istovremeno smanjuju vrijeme čekanja u zdravstvenim ustanovama (Kern, 2005).

Elektroničko zdravstvo je dio i2010 policy, odnosno strategije EU, kojoj je cilj promovirati otvorenu i konkurentnu digitalnu ekonomiju, odnosno veliko tržište u kojemu će se slobodno kretati roba, usluge, kapital i ljudi. Slobodno kretanje ljudi neminovno traži i jednostavniji pristup zdravstvenim uslugama te podacima o vlastitom zdravlju. 2004. godine je na području cijele Europske Unije usvojen eHealth Action Plan koji pokriva djelovanje u raznim aspektima medicinskih usluga, počevši od izdavanja elektroničkih recepata i zdravstvenih kartica, do novih informacijskih sustava koji bi trebali smanjiti čekanja ispred ordinacija i moguće pogrešne dijagnoze.

3.1 Prednosti i nedostaci informatizacije zdravstva

Prednosti koje informatizacija zdravstva i upotreba Interneta može donijeti zdravstvenom sustavu vidljive su tek kada se poslovni procesi zdravstvenoga sustava u potpunosti definiraju u odnosu na novi način rada. Direktno pogodnosti informatizacije integriranog zdravstveno-informacijskog sustava i sustava izgradnje zdravstva po principima elektroničkoga zdravstva mogu se jednostavno sažeti na sljedeći način:

- povijest bolesti prati se za svakog pacijenta tijekom njegovoga života i postoji u elektroničkom obliku,
- zdravstveni djelatnici mogu pristupiti povijesti bolesti bilo gdje i bilo kada, sukladno visokim standardima zaštite podataka, i
- brz i lagan pristup svim korisnicima informacija preko online usluga i telemedicine.

Postojanje tolikog broja zdravstvenih informacija na jednom mjestu, na Internetu, te uz lako korištenje, može imati i neke negativne efekte sa različitih aspekata, kao što su

životni, statusni, kulturološki itd. E-Zdravstvo kao informacijski sistem mora obezbjeđiti jednostavno korisničko sučeljevanje za upotrebu i to za sve učesnike u procesu zaštite zdravlja. Može doći do zlouporabe podataka, virusa, kvarova i oštećenja informacijskog sistema, potrebna je stalna edukacija zaposlenih i novo zaposlenih kadrova. To su neki od nedostataka.

3.2 Pregled istraživanja

Konceptualni dio ovog rada bavit će se teorijsko-metodološkim postavkama na kojima se istraživanje zasniva. U okviru teorijsko – metodoloških postavka usredotočit ću se na definiranje problema istraživanja, određivanje predmeta i cilja istraživanja, odabir metoda i tehnike istraživanja. Fokus će biti na korisnika i kvalitetu zdravstvenog informatičkog sustava. U procesu razvoja informacijskog postaju zahtjevi korisnika za bolje, raznovrsnije i pravodobnu uslugu sve više opravdano. Stoga je analiza zadovoljstvo korisnika kvalitetom usluga uz profesionalno u obzir različite sociološke kriterijima. U pogledu aktivnosti IT upravljanja je definitivno trend prema klijentima jedan od strateških ciljeva.

Rezultati takvih istraživanja su prije svega kvantitativni uvid u trenutnu situaciju u određenom području istraživanja. U istraživanju problema sam koristila anketu. U istraživanju će sudjelovati korisnici informacijske tehnologije u zdravstvenom osiguranju. Istraživanje je provedeno u sljedećim fazama: prikupljanje podataka, izrada modela unosa, obrade i prezentacije unos podataka u modelu, analiza podataka, testiranje hipoteza, prikaza rezultata.

Prvo smo, utvrditi čimbenike koji će nam uz pomoć prikupljenih podataka omogućiti obavljanje potrebnih istraživanja. U važne čimbenike, odabrala sam sljedeće: dob, spol, stupanj obrazovanja ispitanika, kvaliteta usluge. Ti čimbenici su osnova za stvaranje specifičnih pitanja na upitnik o kvaliteti informacijskih usluga. U istraživanju nismo odlučili anketirati sve zaposlenike, ali sam stvorila uzorak za koji sam pretpostavila da je to dobar pokazatelj ukupnog stanovništva. Uzorne jedinice u istraživanju nasumično su odabrane iz ciljane populacije. Podaci su dobiveni anketiranjem 121 korisnika informacijskih usluga u svim poslovnim jedinicama. Anketa je izvršena na zaposlenicima koji rade s pacijentima i zaposlenicima koji ne rade s pacijentima.

U procesu razvoja informacije postaje zahtjevi korisnika za bolju, raznovrsniju i pravodobnu uslugu i to je sve više opravdano. Temelj istraživanja, koja je izvedena u aplikativnom istraživačkom projekta proizlazi iz četiri istraživačke hipoteze:

H1 - između muškaraca i žena ne pojavljuju se razlike u zadovoljstvo kvalitetom rada informatike u zdravstvenom osiguranju

H2 - zadovoljstvo s kvalitetom rada ne ovisi o dobnoj strukturi ispitanika

H3 - zadovoljstvo s kvalitetom rada ne ovisi o radnom mjestu

H4 - zadovoljstvo s kvalitetom rada ne ovisi o zadovoljstvu zaposlenika s njihovih radnih mjesta

4 Rezultati i interpretacija

Kontakti s korisnicima - »help-desk«: metoda dvosmjernu komunikaciju između davatelja i korisnika usluga. Na temelju postupaka i radnji s ciljem prikupljanja informacija, pitanja, primjedbe, pritužbe korisnika, i to na razini pojedinih usluga. U prvoj fazi prihvaćanja poruke i zahtjeve korisnika, koji su potom prenesene na odgovorne osobe za daljnju analizu i identifikaciju mogućih rješenja za problem. Druga faza je ključna za slanje povratnih informacija podnositelju žalbe, u kojoj mjeri i pod kojim uvjetima će se moći zadovoljiti svoje potrebe.

Učinkovit, pouzdan rad informacijskog sustava i zadovoljstvo korisnika sustava treba integrirati jer su oni međusobno ovisni. Stoga je potrebno postaviti odgovarajući model organizacije ovog sustava, koji će omogućiti takvu povezanost. Korisnici su sve više svjesni visokih standarda usluga, a time i njihova očekivanja svakodnevno rastu. Menadžeri trebaju informacije, kako bi se osigurala visoka kvaliteta pružene usluge. Posebna pažnja se treba posvetiti očuvanju podataka da bi se osigurala pouzdanost i tajnost podataka vezana uz pacijente, mora se nastojati pružati usluga bez nedostataka.

Mjerenje zadovoljstva korisnika sa IT uslugom, sam proučavala u zdravstvenom osiguranju, koji je javna ustanova. Zakon o javnim ustanovama određuje instituciju čiju organizacija treba biti osnova za obavljanje djelatnosti obrazovanja, zdravstva, socijalne skrbi, sporta, kulture, znanosti, skrb o djeci, skrb za osobe s invaliditetom ili drugim aktivnostima, a nije joj cilj poslovanja profit.

4.1 Podaci

Istraživanje je napravljeno na 121 ispitaniku. Ispitanici su točno i pažljivo ispunili anketni upitnik. U nastavku će se koristiti umjesto pojma zaposlenik - ispitanik, jer pretpostavljam da su na temelju vraćenih anketnih upitnika može zaključiti su to sve zaposlenici u organizaciji zdravstvene zaštite.

Na uzorku od 121 osoba, od kojih 37 (30,6 %) muškaraca i 64 (69,4 %) žena. Većina ispitanika, 78 (64,5 %) su u dobi od 31-51 godina, 27,3 % 51 ili više godina, a drugi su mlađi od 31 godina. Obrazovna struktura je raznolika. Od ukupno 121 ispitanika 53 (43,8 %) ih ima najmanje visoko obrazovanje, 42,2 % srednju školu i 14,0 % visoko obrazovanje.

U radu sa korisnicima zdravstvenog osiguranja od ukupnog broja ispitanika njih 42 (34,7 %) radi stalno sa korisnicima zdravstvene usluge (pacijentima), stručni suradnici čine manje od trećine (32,2 %), a više od četvrtine (25,6 %) čine radnici koji ne rade s pacijentima, 7,5 % su menadžeri i rukovoditelji. Sa svojim radom je zadovoljano 86% zaposlenika nezadovoljno je samo 3,3 %. Sa kvalitetom IT usluge zadovoljno ili vrlo zadovoljno je 111 ispitanika (91,7 %), a smo je nezadovoljno 5 % ispitanika.

Budući da uvjeti nisu ispunjeni na teorijske frekvencije za izračunavanje hi-kvadrat test, odlučila smo objediniti kategorije »vrlo zadovoljan« ili »zadovoljan« (pozitivan trend rasta) u novoj kategoriji »sretni«, »nezadovoljni ili vrlo nezadovoljan« (negativan trend rasta) u novu

kategoriju »nezadovoljni« i uz pomoć Kulbackov test testirati hipoteze, jer je to jedini način da se odgovori na iste.

Tabela 1: Rezultati testiranja hipoteza- KULLBACKOV 2I izračun

Varijable	Zadovoljstvo kvalitetom rada IT		
	Likelihood Ratio značaj	Stupanj	
Spol	1,797	2	0,407
Starost	3,354	4	0,500
Radno mjesto	13,527	6	0,035
Zadovoljstvo zaposlenih na svojem radnom mjestu	9,547	4	0,049

Izvor: Zadovoljstva korisnika u zdravstvenom osiguranju. Zagreb: Zdrastveni studij, 2014.

Hipoteza 1: Predpostavka; između muškaraca i žena ne pojavljuju razlike u zadovoljstvo kvalitetom rada informatike u zdravstvenom osiguranju.

Vrijednost testa omjera vjerojatnosti Likelihood Ratio - Kullback 2I test je 1797 po stopi od slobode 2. Njegove statističke značajnosti, ali 0.407. 4 stanice redom. 66,7 % s očekivanom stopom manjom od 5. minimalne očekivane frekvencije je 1,22. Izračun: $2i = 1,797 < 2i (g = 2, \alpha = 0,05) = 5,99$

Tumačenje izračuna: u 2i testu, vrijednost nije statistički značajna. Zadržati ćemo hipotezu (H1). Tvrdimo da je u množici između muškaraca i žena ne pojavljuju značajne razlike u zadovoljstvu sa korištenjem informatičkog sustava.

Hipoteza 2: Predpostavka; zadovoljstvo s kvalitetom rada ne ovisi o dobnoj strukturi ispitanika.

Vrijednost testa omjera vjerojatnosti Likelihood Ratio - Kullback 2I test 3,354 po stopi od 4. Njegova statističku značajnost, dok 0,500. 6 stanice redom. 66,7 % ima očekivanu frekvenciju manju od 5. Najmanja očekivana frekvencija je 0,33. Izračun: $2i = 3,354 < 2i (g = 4; \alpha = 0,05) = 9,49$. Tumačenje izračuna: u 2i testu vrijednost nije statistički značajna. Tvrdimo da se u množici po dobnoj kategoriji ne pojavljuje se značajna razlika u zadovoljstvu s korištenjem informatičkog sustava.

Hipoteza 3: Hipoteza; zadovoljstvo s kvalitetom rada ne ovisi o radnom mjestu. Vrijednost testa omjera vjerojatnosti Likelihood Ratio - Kullback 2I test je 13.527 po stopi od 6. Njegovo statističku značajnost, je 0,035. 8 stanica redom. 66,7 % s očekivanom stopom manjom od 5. Minimalne očekivane učestalosti 0,30. Izračun: $2i = 13,527 > 2i (g = 6; \alpha = 0,05) = 12,59$. Tumačenje izračuna: u 2i testu vrijednost je statistički značajna na $\alpha = 0,05$. Nul hipoteze (H_0) odbacujemo s rizikom manjim od 5 %. Tvrdimo da je u množici po radnim mjestima pojavljuju razlike u zadovoljstvu sa korištenjem informatičkog sustava.

Hipoteza 4: Pretpostavka; zadovoljstvo s kvalitetom rada ne ovisi o zadovoljstvu zaposlenika s njihovim radnim mjestom. Vrijednost testa omjera vjerojatnosti Likelihood Ratio - Kullback 2I test je 9547 po stopi od 4. Njegova statističku značajnost, je 0,049. 6 stanice redom. 66,7 % s očekivanom stopom manjom od 5. minimalne očekivane frekvencije je 0,13.

Izračun: $2i = 9,547 > 2i (g = 4; \alpha = 0,05) = 9,49$.

Tumačenje izračuna: u 2i testu vrijednost statistički značajna na $\alpha = 0,05$. Nul hipoteze (H_0) odbacujemo uz rizik manji od 5 %. Tvrdimo da u množici zadovoljstvo informatičnim sustavom po radnim mjestima pojavljuju razlike u zadovoljstvu s sa korištenjem informatičkog sustava.

5 Zaključak

Cilj projekta bio je utvrditi razinu zadovoljstva s kvalitetom informacijskih usluga u zdravstvenom osiguranju te utvrditi ovisnost zadovoljstva sa sociodemografskim obilježjima: (spola, dobi, stručna sprema), zadovoljstvo poslom ispitanika na kojem radi. Projektni zadatak je podijeljen na teorijski i empirijski dio. U teorijskom djelu opisana je sama informatizacija zdravstva te njezine prednosti i nedostaci. U empirijskom dijelu, provela sam anketni listić za mjerenje zadovoljstva korisnika u zdravstvenom osiguranju na temelju četiri hipoteze. Rezultati su pokazali da je zadovoljstvo kvalitetom rada nije povezan sa spolom, dobi, no ovisan je o radnom mjestu ispitanika i zadovoljstvu zaposlenika na radnom mjestu.

Izmjereni stav zdravstvenih djelatnika prema postupku informatizacije bolničkih ustanova je pozitivan i to je najvažniji rezultat ovoga istraživanja.

Uporaba računala, informatičko obrazovanje i školska sprema su čimbenici koji su značajno povezani s pozitivnim stavom zdravstvenih djelatnika prema informatizaciji.

Zdravstveni djelatnici koji rabe računala imaju značajno pozitivniji stav od djelatnika koji ne koriste računalo. Navike uporabe računala utječu na oblikovanje pozitivnog stava prema informatizaciji.

Zdravstveni djelatnici s informatičkim obrazovanjem iskazuju pozitivniji stav od djelatnika bez informatičkog obrazovanja. Djelatnici s višim stupnjem školske spreme pozitivnijeg su stava od ostalih.

Istraživanje je također pokazalo da je kvaliteta rada informatike u zdravstvenom osiguranju na vrlo visokoj razini, što je više od 90 % zaposlenih su zadovoljni ili vrlo zadovoljni kvalitetom rada IT. Zdravstveno osiguranje savjetuje da se informatika nastaviti graditi na učenju novih vještina i sposobnosti, koje su na korist svim zaposlenicima i korisnicima.

LITERATURA

1. Attewell, P. (1992) Technology diffusion and organizational learning: The case of business computing. *Org Sci*.
2. Bemell, J. in Musen, M. (1997). *Handbook of Medical Informatics*. Springer: Houten/Diegem
3. Effective health care, getting evidence into practice (1999). NHS, No. 1. York: Centre for Reviews and Dissemination University of York.
4. Galijašević, G. (2004). Zaštita sigurnosti i povjerljivosti podataka u aplikativnim rješenjima u ordinacijama primarne zdravstvene zaštite. *Medix*.

5. HZZO. Pridobljeno 12. 9. 2016, s <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/statistike-ozdravstvenim-uslugama>.
6. Kern, J. idr. (2005). Role of standardization in health care system computerization. *Acta Med Croatica*
7. Khalil idr. (2010). *Handbook of Reserch on Advances in Helth Informatics and Electronic Helthcare Aplications*. New York: Hershey
8. Laerum, H. idr. (2001). Doctors' use of electronic medical records systems in hospitals: cross sectional survey. *British Med J*.
9. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. - 2020. Pridobljeno 12. 9. 2016, s http://www.zdravlje.hr/programi_i_projekti/nacionalne_strategije/nacionalna_strategija_zdravstva.
10. Shortliffe, E. H. in Cimino, J. J. (2014). *Biomedical informatics*. London: Springer-Verlag.
11. Stevanović, R. in Stanić, A. Kako razviti informacijski sustav primarne zdravstvene zaštite. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 1, 3. Pridobljeno 12. 9. 2016, s <http://www.hcjz.hr/clanak.php?id=12540>.
12. Stevanović, R. in Erceg, M. (2003). Prijedlog nacionalnog informacijskog i komunikacijskog sustava za potrebe preventivne medicine, 1. Hrvatski kongres preventivne medicine i unapređenja zdravlja s međunarodnim sudjelovanjem Zagreb: HZJZ.

Celostna obravnava pacienta pri fluoresceinski angiografiji

UDK 617.735+616-07

KLJUČNE BESEDE: fluoresceinska angiografija, medicinske sestre, pacienti

POVZETEK - Fluoresceinska angiografija je neizogibna, invazivna diagnostična metoda pri zdravljenju žilnih bolezni mrežnice, ki se jo uporablja za postavitve diagnoze in za natančno določitev področja, ki ga je treba zdraviti z laserjem, ali za ugotovitev sprememb na očesnem ozadju, ki vplivajo na vid. Kakovost posnetih slik je odvisna od izkušenj fotografa in bolnikovega sodelovanja. Negativen vpliv na kvaliteto slik imajo še: slaba preglednost medija, nezadostno razširjena zenica, prepočasno in nezadostno injiciranje barvila in nezanesljiva ali slabo konfigurirana oprema ali napaka pri procesiranju angiograma. Fluoresceinska angiografija je diagnostični postopek, ki od medicinske sestre zahteva posebno vrsto znanja. Medicinska sestra mora pripraviti dokumentacijo, pripraviti pacienta in ustrezno izvesti preiskavo. Pacienta obravnava celostno, tako da ugotavlja njegove fizične, psihične, socialne in duhovne potrebe. Medicinska sestra se skozi pogovor s pacientom seznanja s psihofizičnim stanjem pacienta ter sproti ugotavlja potrebo po zdravstveni negi.

UDC 617.735+616-07

KEY WORDS: fluorescein angiography, nurse's role, patient's cooperation

ABSTRACT - Fluorescein angiography is inevitable, invasive diagnostic method in the treatment of vascular diseases of the retina, used for establishing the diagnosis and precisely defining the areas to be treated with laser, or for determining changes in the eye fundus that affect vision. The quality of the captured images depends on the experiences of the photographer and patient's cooperation. The quality of the images is also negatively impacted by: the lack of transparency of the medium, insufficiently dilated pupils, too slow and insufficient injection of colouring agents, and insecure or badly configured equipment or error in angiogram processing. Fluorescein angiography is a diagnostic procedure that requires specific knowledge of the nurse. The role of the nurse is adequate documentation preparation, preparation of the patient and appropriate implementation of the examination. The nurse treats patients holistically through identification of their physical, psychological, social and spiritual needs. Through conversation with the patient, the nurse becomes acquainted with the patient's mental and physical condition, and simultaneously establishes the need for nursing care.

1 Uvod

Fluoresceinska angiografija je neizogibna, invazivna diagnostična metoda pri zdravljenju žilnih bolezni mrežnice, ki se jo uporablja za postavitve diagnoze in za natančno določitev področja, ki ga je potrebno zdraviti z laserjem ali za ugotovitev sprememb na očesnem ozadju, ki vplivajo na vid (Leskovar, 2012).

Pri FA se fluorescentno barvilo aplicira intravenozno. Kmalu po injiciranju se s krvnim obtokom in retinalnimi žilami razširi po horoidei (Leskovar, 2012).

Pacientu skozi razširjeno zenico posvetimo z modro svetlobo na mrežnico, fluorescein zasveti v rumeno zeleni barvi. Specialni filtri v kameri omogočajo, da na slikah zabeležimo le to barvo in kamera posname visoko kontrastne slike retinalnega žilja (Klemenc, 2008).

2 Indikacije za fluoresceinsko angiografijo

Najpogostejša uporaba fluoresceinske angiografije je pri žilnih boleznih mrežnice in žilnice, kot so diabetična retinopatija, starostna degeneracija rumene pege, hipertenzivna retinopatija in zapora žil. Običajno so to klinične diagnoze, angiogram pa se uporablja za določitev obsega škode ter za pripravo načrta zdravljenja ali spremljanja rezultatov zdravljenja (Bennett, 2011).

Pri diabetični retinopatiji se ugotavlja obseg ishemije, področja mikroanevrizem, prisotnost neovaskularizacij in obseg edema v rumeni pegi. Pri starostni degeneraciji rumene pege se ugotavlja prisotnost, lokacijo in značilnosti horoidne neovaskularizacije za morebitno zdravljenje z lasersko fotokoagulacijo ali z antiangiogenimi zdravili (Bennett, 2011).

Fluoresceinska angiografija se uporablja pri nekaterih degenerativnih in vnetnih stanjih. Pri nekaterih od teh pojavov se pokažejo značilni fluoresceinski vzorci, ki potrdijo diagnozo (Bennett, 2011).

3 Potek preiskave

FA je invazivna preiskava in jo delamo samo po naročilu oftalmologa. Oftalmolog mora ustrezno izpolniti obrazec za FA in pojasnilni obrazec. Na obrazcu za FA oftalmolog določi oko, na katerem želi imeti začetne faze angiografije, objektiv s katerim je potrebno slikati in kaj ga zanima pri preiskavi. Za čim boljše rezultate preiskave nam oftalmolog poda še dodatna ustna navodila in pokaže na sliki očesnega ozadja, katero področje ga zanima, kje je sprememba, ki jo želi imeti na sliki.

Oftalmolog povpraša pacienta o morebitnih alergijah in o funkciji ledvic. V primeru alergij predpiše zdravilo proti alergiji, ki ga pacient dobi pol ure pred preiskavo.

Barvilo se presnavlja preko ledvic in se izloči z urinom v 24-ih do 36-ih ur po aplikaciji. Oftalmolog ob slabši funkciji ledvic predpiše polovično dozo barvila. Pri pacientih na dializnem zdravljenju pa načrtujemo preiskavo pred dializo, da se barvilo čim prej izloči ven iz telesa.

V obdobju med presnovo in izločanjem lahko fluorescein vpliva na rezultate kliničnih laboratorijskih testov, ki uporabljajo fluorescein kot diagnostični marker. Zato je potrebno takšne preiskave opraviti pred fluoresceinsko angiografijo ali dva dni po njej, ko se barvilo izloči (Bennett, 2011).

Medicinska sestra za preiskavo ustrezno pripravi sebe, pacienta in dokumentacijo.

Pacienta pripravimo psihično in fizično.

Psihična priprava na preiskavo je zelo pomembna, saj s tem zagotovimo, da se pacient počuti varno. Pacienti so lahko prestrašeni, zaskrbljeni glede preiskave, diagnoze, zaskrbljeni so za svoj vid. Zato jih mora medicinska sestra poskušati pomiriti in pridobiti njihovo zaupanje.

Psihična priprava zajema predvsem dobro informiranost pacienta o ciljih, namenu preiskave in o poteku preiskave. Če pacient ni informiran, je zelo obremenjen.

Razložimo mu pomembnost širokih zenic pri preiskavi ter pomen nastavitve i.v. kanile. Predstavimo mu pomembnost sodelovanja pri preiskavi (široko odprte oči, ne odmikanje od aparata, poslušanje navodil med preiskavo).

Z dobrim informiranjem pacienta dosežemo, da je ta bolj pomirjen in pripravljen na sodelovanje. Po razlagi preverimo ali je pacient razumel našo razlago in ga spodbujamo po dodatnih vprašanjih. Pri izvedbi preiskave upoštevamo sprejemljive želje pacienta.

Fizična priprava pacienta zajema preverjanje identite pacienta in preverjanje njegove dokumentacije za preiskavo (obrazec za FA in privolitveni obrazec). Pred preiskavo pacientu apliciramo kapljice za razširitev zenic in nastavimo i.v. kanilo (Leskovar, 2012).

Pri preiskavi sodelujeta dve diplomirani medicinski sestri. En medicinska sestra injicira barvilo skozi kanilo, druga je zadolžena za slikanje s specializirano kamero. Izvajalki se prav tako pripravita psihično in fizično na preiskavo. Floresceinska angiografija zahteva posebna znanja za medicinsko sestro. Ta si pred preiskavo miselno osveži potek izvedbe preiskave.

Med preiskavo opazujemo dihanje in srčni utrip pacienta, ter morebitno slabost. Pacienta spodbujamo k sodelovanju.

Zaradi možnosti stranskih učinkov pri preiskavi je bistveno, da je oftalmolog vedno na razpolago in da imamo v prostoru, kjer se preiskava izvaja, pripravljeno reanimacijsko taso. Medicinska sestra opozori ostalo osebje v primeru možnih tveganj. Pred aplikacijo barvila je potrebno poskrbeti, da ni zračnega mehurčka v brizgi, zaradi nevarnosti zračne embolije.

Kanilo se odstrani pol ure po aplikaciji, če se pacient dobro počuti. V primeru, če pri aplikaciji barvila pacienta boli, se apliciranje preneha, če se je barvilo razlilo v podkožje, mesto vboda hladimo s hladnim obkladkom (Watkinson in Scott, 2003).

Kakovost posnetih slik je odvisna od izkušenj fotografa in pacientovega sodelovanja. Negativen vpliv na kvaliteto slik imajo še: slaba preglednost medija, nezadostno razširjena zenica, prepočasno in nezadostno injiciranje barvila in nezanesljiva ali slabo konfigurirana oprema ali napaka pri procesiranju angiograma (Leskovar, 2012).

Najbolj običajen stranski učinek, ki ga opazamo v praksi, je slabost. Pojavi se 30 sekund po injiciranju barvila. Pogosto sovпада s pomembno fazo arteriovenoznega transferja in lahko zaradi rezultirajočih omejenih fotografskih okoliščin resno poslabša kakovost angiografije (Leskovar, 2012). Druge blage reakcije so še bruhanje, rumena koža in urin 24 ur po preiskavi, omedlevica in prekomerno kihanje. Najbolj hude reakcije pa vključujejo edem grla, anafilaktični šok in zastoj srca (Watkinson in Scott, 2003).

Anafilaktični šok je redkejši škodljiv učinek preiskave, ki se lahko naglo razvije v situacijo, ki ogroža življenje. Za medicinsko ekipo je pomembno obvladovanje temeljnih postopkov oživljanja (Leskovar, 2012).

Izjemno redkim resnim stranskim učinkom moramo izvajalci FA prepoznati nevarnosti in primerno ukrepati (Leskovar, 2012).

o preiskavi pacient dobi navodila od medicinske sestre. Pacient mora na dan preiskave popiti več tekočine kot običajno, da se barvilo čim prej izloči iz telesa. Pacienta opozorimo, da bodo koža in beločnice rumeno obarvane, kar izzveni v 24 urah. Vid se pacientu normalizira v treh urah, ko preneha učinek midriatičnih kapljic.

Medicinska sestra po končani preiskavi napoti pacienta k oftalmologu, kjer skupaj pogledata slike in se pogovorita o nadaljnjem zdravljenju.

4 Vpliv bolezni na posameznika

Medicinska sestra s svojim delom vpliva na zdravje in življenje ljudi. Medicinska sestra je zagovornica pacienta in mu nudi fizično, psihično, socialno in duhovno podporo (Leskovar, 2012).

Bolezen ni le skupek simptomov, zaradi katerih gremo na posvet k zdravniku, temveč je vedno nesrečen dogodek, ki grozi ali spreminja naše vsakdanje življenje. Pacient je lahko tako prestrašen in negotov, da je slab sogovornik zdravstvenemu osebju. Tedaj je pogovor še bolj odvisen od komunikacijskih sposobnosti osebja, da zmorejo voditi pogovor (Ule 2003).

Za vzpostavitev stika s pacientom, je pomembno, na kakšen način se mu približamo, pristopimo k njemu. Pomemben je način komunikacije medicinske sestre, mimika obraza, drža, prijaznost in nasmejanost. Pacienti se na podlagi vtisa o medicinski sestri odločijo koliko ji bodo zaupali in povedali (Leskovar, 2012).

Za paciente je poslabšanje ali izguba vida zelo travmatična osebna izkušnja. Pacient je v začetnem obdobju poln strahu, dvomov, razočaranja in potrnosti. V obdobju razumskega spoznavanja in prilagajanja novi situaciji je usmerjen v iskanje ustrezne pomoči in druženje z ljudmi, ki imajo podobne težave. Sledi obdobje stabilizacije, ki zahteva od posameznika, da spremeni svoje cilje, vrednote in predstave o življenju (Vidrih, 2001).

Paciente najbolj prizadenejo posledice slabšanja vida, ki prinesejo postopno izgubo neodvisnosti. Izguba neodvisnosti se pogosto začne z nezmožnostjo za vožnjo avtomobila. Kar lahko izrazito vpliva na funkcionalno neodvisnost. Ko izguba vida napreduje se zmanjša možnost, za varno kuhanje, pospravljanje in druga gospodinjska dela, brez tveganja za padec ali poškodbo. Zaradi izgube samostojnosti je tudi večja možnost za depresijo (Klesert in Chang, 2005).

Poslabšanje vida vpliva na zadovoljevanje potreb po samopotrjevanju. Izguba samostojnosti in neodvisnosti vodi pri prizadetih osebah do dvomov v lastno vrednost in koristnost. Ti občutki vodijo do odtujenosti. Prilagajanje na novo nastalo situacijo traja različno dolgo. Odvisno je od starosti prizadete osebe, stopnje okvare vida in trajanja obolenja (Leskovar, 2012).

Kakovost življenja postaja vse bolj pomembna na vseh področjih medicine, vendar pa je še posebej pomembna na področju oftalmologije, saj ima izguba vida zelo velik vpliv na kakovost življenja (Klesert in Chang, 2005).

Pacientu moramo pustiti upanje in optimizem. Pacienta je potrebno poslušati, preusmeriti v svetlejšje misli. Z nasmehom mu lahko stisko zmanjšamo, v iskanju pomoči pa ga ne razočarajmo (Leskovar, 2012).

5 Zaključek

Pri pripravi pacienta na preiskavo moramo pacienta obravnavati celostno. Zdravstveni delavci največ poudarka damo telesni pripravi. To je tisto kar je vidno in kar je osnova negovalnega postopka. Telesno pacienta najprej pripravimo, za ostalo psihično, duhovno in socialno pripravno pa nam pogosto primanjkuje časa. Razlog temu je, da smo preobremenjeni ali pa nam je to samo izgovor.

Pogosto pomanjkljiva priprava pacienta vodi tudi v slabše sodelovanje pacienta pri preiskavi. Rezultat tega je podaljšanje časa izvedbe preiskave in slaba kvaliteta izvedene preiskave. Pri dobri informiranosti pacienta, pacient bolje sodeluje, preiskava je zato hitreje in pravilno izvedena. Vedno moramo preveriti razumevanje naših navodil.

Pri preiskavi kot je fluoresceinska angiografija je sodelovanje pacienta zelo pomembno. Pacient mora med preiskavo biti miren in slediti navodilom izvajalca preiskave. Zato je še posebej pomembno, da ga obravnavamo celostno in ga dobro pripravimo na preiskavo.

LITERATURA

1. Bennet, T. J. (2011). *Fundamentals of Fluorescein Angiography*. Pridobljeno 9. 10. 2016, s <http://www.opsweb.org/?page=FA>.
2. Klemenc, B. (2008). Predstavitev fundus kamere. V Đ. Sima (ur.), *Diagnostične metode v oftalmologiji: Koraki h kakovostni obravnavi v oftalmološki zdravstveni negi*. Zbornik predavanj. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v oftalmologiji.
3. Klesert, T. R. in Chang, T. (2005). Quality of life in age-related macular degeneration: Assessing vision-related quality of life. *Medscape Ophthalmology*, 6. Pridobljeno 12. 10. 2016, s http://www.medscape.org/viewarticle/514448_3.
4. Leskovar, A. (2012). *Fluoresceinska angiografija pri starostni degeneraciji makule - vloga medicinske sestre (Diplomsko delo)*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede. Pridobljeno 12. 10. 2016, s <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=38892>.
5. Ule, M. (2003). Družbeni pomen bolezni in vloga bolnika. V M. Ule (ur.), *Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine* (str. 53 – 85). Maribor: Aristej.
6. Vidrih, A. (2001). Kakovost življenja bolnikov s starostno degeneracijo makule. V Đ. Sima, L. Taljat, M. Suhadolnik in D. Eržen (ur.), 41. strokovno srečanje oftalmološke sekcije zdravstvene nege (str. 23 – 41). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
7. Watkinson, S. in Scott, E. (2003). Nurse-led management of IV fluorescein angiography. *Nursing Times*, 99 (18), 34–35. Pridobljeno 15. 10. 2016, s <http://www.nursingtimes.net/Journals/2012/11/09/o/x/x/030506Nurse-led-management-of-IV-fluorescein-angiography.pdf>.

Vloga medicinske sestre pri neplodnem paru

UDK 618.177+613:37

KLJUČNE BESEDE: neplodnost, zdravljenje, medicinske sestre

POVZETEK - Temeljna želja skoraj vsakega človeka je, da si pri določeni starosti ustvari družino. Načrtovanje naraščaja nekaterim ljudem ne predstavlja problemov. Obstajajo pa tudi taki, ki kljub trudu in veliki želji po naravni poti ne morejo priti do otroka. Neplodnost je nezmožnost zanositve po enem letu rednih spolnih odnosov in velja za vse pogostejšo težavo današnjega časa. Neplodni pari se v času zdravljenja spopadajo s številnimi težavami na fizičnem in psihološkem področju. Partnerja gresta ob soočanju z neplodnostjo skozi različne faze, med katerimi se srečujeta z izgubami in stresom. Neplodnost vpliva na posameznika in na odnos med partnerjema ter na delovanje para v vsakdanjem življenju. V prispevku predstavljamo vlogo medicinske sestre pri obravnavi neplodnega para. Izvedli smo študijo primera, v katerem smo spremljali par med zdravljenjem neplodnosti. Ugotovili smo, da je pri tem izredno pomembna vloga medicinske sestre. Ta mora imeti veliko znanja in komunikacijske spretnosti ter visoko stopnjo empatije. Prepoznati mora potrebe, ki jih ima neploden par, ter znati svetovati. Neplodni par mora vključiti v zdravstveno vzgojo, motivirati ga in spodbujati k aktivnemu sodelovanju v času zdravljenja ter k zdravemu načinu življenja.

UDC 618.177+613:37

KEY WORDS: infertility, treatment, nurse

ABSTRACT - A fundamental wish of almost every human being at some age is to create their own family. Planning a child does not present any special problem to some people, but nowadays there are a lot of couples, who despite all efforts and big wishes, are not able to have a child in a natural way. Infertility is the inability to get pregnant after one year of regular sexual relations and the rate of infertility has been increasing during the recent years. During their treatment, the infertile couples face different problems of physical and psychological nature. They go through various phases, where they face losses and stress. Infertility affects the individuals and the couple relationship as well as everyday life situations. The article presents the role of nurses in treating infertile couples. We performed a case study in which we discussed an infertile couple, going through infertility treatments. What we found out is, that the role of the nurse in the process of treating infertile couples is extremely important. The nurse must possess an extensive amount of knowledge, good communication skills and a high level of empathy. The nurse must recognise the needs of the infertile couple and has to know how to advise them properly. The infertile couple should be included in health education, motivated and encouraged by nurses for the active participation during treatment and a healthy lifestyle.

1 Uvod

Neplodnost je problem, ki prizadene približno 50 do 80 milijonov ljudi po vsem svetu. Natančnih podatkov o prevalenci neplodnosti ni, vendar je ocenjeno, da je v Sloveniji približno 8-10% parov v reproduktivni dobi življenja neplodnih. Prevalenca neplodnosti se v zadnjih 50 letih ni bistveno spremenila, precejšnje spremembe pa je opaziti v zadnjih 15 letih v etiologiji in višji starosti neplodnih parov. Dobro poznavanje možnih vzrokov neplodnosti je ključnega pomena za pravilno izbiro diagnostičnih postopkov in kasnejše zdravljenje neplodnosti (Belšak, 2013).

Nezmožnost zanositve je ena največjih stisk, ki lahko doletijo človeka. Ogrozijo vsa področja njegovega življenja- samopodobo, sanje o prihodnosti, odnose z drugimi. V življenju se človek le redko znajde v tako hudi krizi.

V ambulanti za zdravljenje neplodnosti si medicinske sestre prizadevajo, da bi svoje delo opravile čim bolj profesionalno, upoštevanje etične in pravne aspekte zdravstvene nege ter izvajajo zdravstveno in vzgojno delo. Zato mora imeti medicinska sestra veliko znanja, se dodatno izobraževati, znati mora komunicirati in predvsem paru prisluhniti (Voršič, 2013).

Družbeni napredek, napredek v medicini in znanosti so prinesli tehnike in metode, ki se jih pari uspešno privoščijo. Medicina danes nudi posameznikom pomoč pri omogočanju zanositve, zato je želja po otroku prerasla v pravico po zahtevi zdravljenja neplodnosti. Medicinska sestra predstavlja vez med parom, ki se zdravi zaradi neplodnosti. Medicinske sestre opravljajo svetovalno, poučno, administrativno in sporočilno delo. Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri uresničevanju želja pacientov, saj jih spremlja od prvega pogovora po telefonu, pregleda in posveta v ambulanti skozi vse preiskave in končni postopek oploditve z biomedicinsko pomočjo.

Zdravstvena obravnava neplodnega para je timska. Medicinska sestra je del tima, ki neplodni par obravnava in v proces vključuje tudi zdravstveno vzgojo. Glavni cilj medicinske sestre je, da vzpostavi dobro sodelovanje in zaupanje para.

2 Neplodnost

Definicija neplodnosti, ki jo podaja Svetovna zdravstvena organizacija pravi, da je neplodnost nezmožnost zanositve. Par se šteje kot neploden, ko ženska po dveh letih rednih spolnih odnosov in brez uporabe kakršnekoli kontracepcije in drugih razlogov kot so dojenje in poporodna amenoreja ne zanosi (Belšak, 2013).

Neplodnost je nezmožnost zanositve po enem letu rednih spolnih odnosov brez uporabe kontracepcije. Težave lahko pričakujemo pri 10-15% spolno zrele (fertilne) populacije (Vlaisavljevič, 1998).

Neplodnost zajema par, ne posameznika, zato danes strokovnjaki ne obravnavajo le moške ali ženske neplodnosti, ampak neplodni par kot celoto.

Neplodnost je problem, ki prizadene približno 50 do 80 milijonov ljudi po vsem svetu. Natančnih podatkov o prevalenci neplodnosti ni, vendar je ocenjeno, da je v Sloveniji približno 8-10% parov v reproduktivni dobi življenja neplodnih. Prevalenca neplodnosti se v zadnjih 50 letih ni bistveno spremenila, precejšnje spremembe pa je opaziti v zadnjih 15 letih v etiologiji in višji starosti neplodnih parov. Dobro poznavanje možnih vzrokov neplodnosti je ključnega pomena za pravilno izbiro diagnostičnih postopkov in kasnejše zdravljenje neplodnosti (Belšak, 2013).

Ločimo primarno in sekundarno neplodnost. O primarni neplodnosti govorimo, če nobeden od partnerjev še nima otrok oziroma še ni prišlo do zanositve. O sekundarni neplodnosti govorimo, če partnerja trenutno ne moreta spočeti otroka, čeprav ima vsaj eden od njiju že enega ali več bioloških otrok (Vilčnik, 2013).

Z diagnostičnimi postopki za ugotavljanje morebitnih vzrokov neplodnosti se prične takoj, ko par poišče pomoč. Diagnostična obravnava neplodnega para mora biti

usmerjena v odkrivanje vzroka ali vzrokov neplodnosti oziroma zmanjšane plodnosti. Le tako se lahko načrtuje najustreznejše zdravljenje, ki je usmerjeno k odpravljanju vzroka oziroma vzrokov, kar je možno pri večini neplodnih parov, pri katerih gre predvsem za ženski dejavnik neplodnosti. V kolikor vzročno zdravljenje ni možno ali pa je bilo neuspešno, se paru svetuje postopek oploditve z biomedicinsko pomočjo. Vrsta postopka asistirane reprodukcije je odvisna od vzroka neplodnosti in starosti ženske. Starost ženske je med najpomembnejšimi dejavniki, ki negativno vplivajo na plodnost in s tem na uspešnost zdravljenja neplodnosti (Voršič, 2013).

3 Obravnava neplodnega para

Pregovor pravi, da so otroci naše največje bogastvo, zato je potrebno pri vsaki odločitvi, v katero so vključeni otroci preceniti, kaj je njihova največja korist in se potruditi za njeno uresničitev. Pri tem pa je treba upoštevati tudi zakonsko pravico para do svobodnega odločanja o rojstvu otrok in jima to možnost tudi medicinsko omogočiti.

Z vprašanjem neplodnosti se dandanes v Sloveniji sreča vsak šesti par. Kljub visoki pojavnosti tega problema pa se ga v družbi običajno ne zazna, saj ljudje o tem raje molčijo (Belšak, 2013).

Soočanje z neplodnostjo pomeni za posameznika in posameznico oz. za par sprva predvsem šok, ki ga spremljajo občutki jeze, bolečine, prizadetosti, razočaranje, krivde, žalosti in obupa, tudi manjvrednosti, nesposobnosti ali celo neprimernosti za starševstvo. Neplodnost vpliva na njun medsebojni partnerski odnos in odnose v njunem socialnem omrežju. Mnogi se začnejo zapirati vase in pred okolico skrivajo svoje stanje, saj so pogosto prepričani, da bodo ostali nerazumljivi in da lahko spregovorijo le med tistimi, ki so že bili v podobni situaciji. Posamezniki in posameznice, ki se soočajo z neplodnostjo, sprva o tem govorijo le s svojim partnerjem, pa tudi kasneje njihove težave ostanejo v ožjem krogu ljudi. Čustveno stanje ljudi, ki se borijo z neplodnostjo, pogosto dodatno poslabšajo neprimerni, čeprav večinoma ne zlonamerni komentarji in vprašanje okolice (Voršič, 2013).

Vest o neplodnosti predstavlja veliko življenjsko preizkušnjo. Ob postavljeni diagnozi neplodnosti je par lahko zelo prizadet. Pri ženski/moškemu se lahko pojavi tudi depresija, anksioznost, družbena izolacija in posledično spolne motnje. Pari velikokrat težko sprejmejo dejstvo, da ne bodo mogli imeti otrok po naravni poti. Ko se odločijo za zdravljenje, poiščejo pomoč v centrih za reproduktivno medicino. Pari, ki so obiskali specialista za neplodnost, so poročali, da so bolj zaskrbljeni in v večji čustveni stiski od parov, ki imajo lahko otroke po naravni poti (Rashidi idr., 2008).

Neplodni par vedno obravnavamo kot biološko celoto in opravljamo preiskave hkrati pri obeh, čeprav se običajno ženske prve odločajo zanje. Glede na vzroke neplodnosti je približno pri 30 odstotkih parov vzrok pri ženski, pri 30 odstotkih pri moškem, pri 25 odstotkih pri obeh, pri preostalih 15 odstotkih pa pravega vzroka ne najdemo (nepojasnjena ali idiopatska neplodnost) (Virant-Klun idr., 2015).

4 Vloga medicinske sestre pri neplodnem paru

Medicinska sestra si prizadeva k spremembi stališč in vedenjskih vzorcev pacienta, ki so ga privedli v to bolezensko stanje. Njena naloga je, da z zdravstveno vzgojo doseže, da bo pacient spremenil svoje vedenje v prid zdravja, da bo oblikoval nova stališča in spremenil obstoječa, sprejel zdravje kot vrednoto za svojo, saj bo le-ta temelj motivacije za zdravo obnašanje. Za doseg tega izjemno zahtevnega cilja je potrebno informiranje, učenje, vzgajanje, svetovanje v kombinaciji in z različnimi poudarki v različnih fazah vzgojnega procesa (Hoyer, 2005).

Medicinska sestra ima pri obravnavi neplodnega para, oziroma posameznika zelo pomembno vlogo, saj mora pacienta dobro opazovati, poznati težave, ji prisluhniti in znati svetovati. Obenem pacienta vodi in opogumlja na poti k uspešnem zaključku zdravljenja, saj je le to dolgotrajno in zahteva popolno sodelovanje pacienta. Medicinska sestra je pri postopku zdravljenja neplodnosti prisotna od vsega začetka. Zdravnik in medicinska sestra naj bi neplodnemu paru predstavila celotno sliko poteka zdravljenja, pojasnila potek postopkov in posegov, ga seznanila z morebitnimi neželenimi stranskimi učinki in posledicami ter mu nudila vso potrebno pomoč. Medicinska sestra naj bi razumela stresno situacijo neplodnega para in se bila zmožna vživeti v čustva, s katerimi se par sooča pri zdravljenju. Pri tem mora spodbujati iskreno komunikacijo.

Pri vrednotenju moške neplodnosti so pomembni pogovor, klinična preiskava spolovil, ocena kakovosti semenskega izliva in dodatne preiskave kadar so potrebne. Med pogovorom iščemo podatke o dednih in drugih boleznih v družini, prebolelih in še trajajočih sistemskih in vnetnih boleznih pri preiskovancu ter morebitnem zdravljenju le-teh, motnjah razvoju spolovil, operacijah in poškodbah. Povprašamo tudi o navadah in razvadah, delovnem in življenjskem okolju (Virant-Klun idr., 2002).

Neplodni pari od zdravstvenih delavcev ne pričakujejo le varne in učinkovite zdravstvene oskrbe, temveč zdravstveno oskrbo, ki je osredotočena nanje kot posameznike. Kvaliteta zdravstvene oskrbe neplodnih parov je odvisna od sistemskih in človeških dejavnikov ter njihovih interakcij. Med sistemske dejavnike po prednostnem vrstnem redu spadajo: zagotavljanje informacij, usposobljenosti in kompetence zaposlenih, sodelovanje in povezovanje, dostopnost, stalnost in fizično udobje pacienta. Med človeške dejavnike po prednostnem vrstnem redu se uvrščajo: odnos zdravstvenih delavcev, komunikacija, vključevanje pacientov v proces zdravljenja, zagotavljanje zasebnosti ter čustvena podpora. Z upoštevanjem teh dejavnikov in interakcij med njimi, klinike za zdravljenje neplodnosti nudijo kvalitetno, na paciente osredotočeno zdravstveno nego.

Medicinska sestra ima v zdravstvenem timu pomembno vlogo v zdravstvenovzgojnem procesu. Prepoznati mora trenutek, ko je pacient sposoben in motiviran za učenje. V zdravstvenovzgojnem procesu naj bo pacient v aktivni vlogi, kar pomeni, da aktivno sodeluje v procesu pridobivanja novega znanja, spretnosti in veščin. V zdravstvenovzgojni proces naj medicinska sestra vključi aktivne oblike učenja in metode dela, ob uporabi primernih učnih pripomočkov (Kvas, 2011).

Medicinska sestra je pri obravnavi neplodnega para vključena tako v oskrbo in razumevanje pacientov, spodbujanje splošnega dobrega počutja, ocenjevanje čustvenih potreb pacientov in njihovo podpiranje, svetovanje pri odločitvah o možnih vrstah zdravljenja kot tudi v zagotavljanje podpore med postopki OBMP, tudi v neuspešnih primerih.

Neplodni pari od zdravstvenih delavcev ne pričakujejo le varne in učinkovite zdravstvene oskrbe, temveč zdravstveno oskrbo, ki je osredotočena nanje kot posameznike. Kvaliteta zdravstvene oskrbe neplodnih parov je odvisna od sistemskih in človeških dejavnikov ter njihovih interakcij. Med sistemske dejavnike po prednostnem vrstnem redu spadajo: zagotavljanje informacij, usposobljenosti in kompetence zaposlenih, sodelovanje in povezovanje, dostopnost, stalnost in fizično udobje pacienta. Med človeške dejavnike po prednostnem vrstnem redu se uvrščajo: odnos zdravstvenih delavcev, komunikacija, vključevanje pacientov v proces zdravljenja, zagotavljanje zasebnosti ter čustvena podpora. Z upoštevanjem teh dejavnikov in interakcij med njimi, klinike za zdravljenje neplodnosti nudijo kvalitetno, na paciente osredotočeno zdravstveno nego.

Zdravstveni delavci, ki so vključeni v zdravljenje oziroma v obravnavo neplodnih parov, bi morali biti posebej aktivni pri ugotavljanju simptomov kot so depresija in tesnoba, saj ti dejavniki zelo vplivajo na kvaliteto življenja neplodnih parov. Medicinska sestra preživi veliko časa z neplodnim parom, zato naj bi znala prepoznati stopnje stresa, depresije in anksioznosti.

5 Metodologija

5.1 Namen in cilji

Namen raziskovalnega dela je predstaviti problematiko današnjega časa - neplodnost in se dotakniti dela medicinskih sester, ki se soočajo z pacienti, opisati njihovo delo, vlogo in zdravstveno oskrbo na področju zdravstvene nege pri obravnavi neplodnega para. Glavni cilj projektne naloge je odgovoriti na vsa raziskovalna vprašanja, ki smo si jih zastavili.

5.2 Raziskovalna vprašanja

Postavili smo naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Ali je delo medicinske sestre pri obravnavi neplodnega para pomembno?
2. Katero znanje je za medicinske sestre, najpomembnejše, pri obravnavi neplodnega para?
3. Kakšne so lahko posledice, pomanjkanja znanja medicinske sestre pri obravnavi neplodnem paru?
4. Kako dober vpliv, delo in znanje medicinske sestre vpliva na obravnavo neplodnega para?
5. Ali pacienti menijo, da bi se morale medicinske sestre, dodatno izobraževati na področju obravnave neplodnega para?

5.3 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Osnovna metoda dela je deskriptivno-empirična, s pregledom strokovne literature. V projektnem delu pa je uporabljena tudi (singularna) študija primera, ki sodi med kvalitativne metode dela. Uporabljeni so podatki, ki so bili pridobljeni iz lastnih izkušenj in izobraževanj na tem področju ter podatki iz internih gradiv. Kot instrument raziskovalne metode pa je bil opravljen tudi intervju.

5.4 Opis instrumenta

Kot instrument so bili uporabljeni podatki, pridobljeni s pogovorov. Uporabljen je bil tudi intervju z vprašanji odprtega tipa. Vprašanja v intervjuju se navezujejo na pomembnosti vloge in naloge medicinske sestre pri neplodnem paru. Vprašanja se nanašajo tudi na mnenja za izboljšanje zdravstvene obravnave neplodnega para.

5.5 Opis vzorca

Za raziskavo je bil uporabljen intervju, v katerem sta zajeti dve osebi in sicer par, ki se je pred časom srečal s težavami v neplodnosti. Par sem našla preko metode snežne kepe. Anketirani par se je med zdravljenjem srečeval z delom medicinske sestre.

5.6 Opis obdelave podatkov

Podatke, ki smo jih pridobili, smo smiselno uredili in analizirali. Preučili smo podatke iz strokovnih literatur in jih primerjali s podatki, ki so bili pridobljeni v kliničnem okolju od leta 1998 do 2015. Glede na podatke smo v pisni obliki prikazali katere so pomembne naloge medicinske sestre pri neplodnem paru. Iz intervjuja, ki je bil opravljen v septembru 2016, smo analizirali in predstavili predloge na izboljšave in odgovorili na raziskovalna vprašanja.

6 Rezultati in interpretacija

<i>Vprašanje</i>
Pred koliko časa ste se soočali z neplodnostjo?
Odg.: Pred 1 letom
<i>Vprašanje</i>
Ali ste pri zanositvi potrebovali zdravstveno pomoč?
Odg.: Seveda, po enem letu neuspešnih spolnih odnosov sva poiskala zdravstveno pomoč.
<i>Vprašanje</i>
Ali menite, da je delo medicinske sestre pomembno pri obravnavi neplodnega para?
Odg.: Seveda, medicinska sestra ima v obravnavi neplodnega para zelo pomembno vlogo. Medicinska sestra je bila tista, ki je bila prva vključena v najino zdravstveno obravnavo, delila nam je nasvete, naju spodbujala, da ne izgubiva upanja. In tako je tudi bilo.

Glede na prve tri tabeli, lahko povemo, da ima medicinska sestra zelo pomemben vpliv in vlogo pri neplodnem paru. Medicinska sestra je prva zdravstvena delavka, ki pride v stik z pacienti. Zelo pomembno je, da svoje delo opravlja vestno, odgovorno in v skladu z etičnimi pravili. Prvi vtis medicinske sestre je za paciente zelo pomemben.

<i>Vprašanje</i>
Katero znanje, medicinske sestre, je najpomembnejše pri obravnavi neplodnega para?
Odg.: Najpomembnejša je empatija medicinske sestre. Medicinska sestra se mora znati vživeti v zdravstveni problem in pomagati, da na zdravljenje gledamo pozitivno. Pomembna je tudi komunikacija. Medicinska sestra nam je razložila potek celotne obravnave in na kaj morava biti pazljiva – življenjski slog. Pomembno je tudi, da medicinska sestra zna opazovati, svetovati, poučevati.

Prvi vtis medicinske sestre je zelo pomemben. Pomembno je, da medicinska sestra zna opazovati paciente, se vživeti v njihovo situacijo, jim prisluhniti, komunicirati, jih spodbujati k pozitivnem razmišljanju, svetovati in zdravstveno vzgojno poučevati o zdravem življenjskem slogu, ki bistveno pripomore k dobrim rezultatom. Iz zgornjih odgovorov lahko razberemo, da vpliv, delo in znanje medicinske sestre vpliva na obravnavo neplodnega para. Medicinske sestre, bi se morale več izobraževati na tem področju.

<i>Vprašanje</i>
Kakšne so lahko posledice zaradi pomanjkanja znanja medicinske sestre?
Odg.: Posledice, zaradi pomanjkanja znanja medicinske sestre pri obravnavi neplodnega para, lahko povzroči nezaupanje, občutek manjvrednosti zaradi neplodnosti, slabo voljo zaradi zdravstvene obravnave, občutke krivde, izoliranost.

Ugotovili smo, da z pomakanjem znanja in spretnosti na tem področju lahko škodujemo pacientu. Pacienti, ki so v zdravstveni obravnavi zaradi neplodnosti, so zelo občutljivi. Lahko se počutijo manj vredne, so jezni, jih je strah, imajo depresijo, so nezaupljivi, doživljajo občutek krivde, nimajo samozavesti ...

Pomembno je, da je medicinska sestra, ki dela s takimi pacienti, zelo dobro usposobljena na tem področju, obvlada svoje delo, ima spretnosti in veščine, razume paciente in jim po svojih najboljših močeh pomaga, jih uči in svetuje.

<i>Vprašanje</i>
Kako ste zadovoljni z odnosom medicinskih sester pri obravnavi neplodnosti?
Odg.: Z večino medicinskih sester sva bila zadovoljna. Vendar so tudi take, ki so nama bile manj všeč zaradi slabše komunikacije. Menim, da je komunikacija pri obravnavi neplodnosti zelo pomembna.

<i>Vprašanje</i>
Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje vloge medicinske sester pri obravnavi neplodnega para ?
Odg.: Pomembno je, da ima medicinska sestra znanje iz te stroke- reprodukcija. Komunikacija je tista, ki v obravnavi pripomore največ, zato menim, da bi imeli večkrat predavanja o komunikaciji in empatiji. Neplodni pari se srečujemo tudi z drugimi težavami zaradi neplodnosti- depresija, ne samozavest, občutki izoliranja družbe ...

Medicinska sestra s pomočjo pogovora in opazovanja pacienta dobi ustrezne informacije, ki ji omogočajo nadaljnjo delo za načrtovanje zdravstveno-vzgojnega programa.

<i>Vprašanje</i>
Ali menite, da bi se morale medicinske sestre, dodatno izobraževati na področju obravnave neplodnega para?
Odg.: Da! Na svetu je vse več parov, ki se srečujejo z neplodnostjo. Neplodnost se zaradi nepravilnega življenjskega sloga povečuje. Vse več parov potrebuje pomoč na področju reprodukcije. Medicinske sestre imajo velik vpliv na neplodne pare, njihov pogled na samo zdravljenje, voljo, zaupanje ...

Zaposleni se morajo na tem področju stalno izobraževati, vaditi realne situacije in biti poučeni o novostih. Bistveno je, da so zaposleni usposobljeni za vse situacije, s katerimi se pri svojem delu srečujejo.

<i>Vprašanje</i>
Ali je vloga medicinske sestre vplivala na vaše zdravljenje?
Odg.: Medicinske sestre so imele zelo velik vpliv na zdravljenje. Žena je bila zaradi neuspešnosti v zelo slabem psihičnem stanju. Pomembno vlogo so imele pri najinem življenjskem slogu – prenehal sem kaditi. Menim da imajo vsi zdravstveni delavci pomemben vpliv na zdravljenje neplodnosti, vendar pa je medicinska sestra vseeno prva, ki pride v stik z pacienti. Medicinskim sestram smo veliko zaupali, z njo komunicirali, povedali svoje stiske, želje, skrbi.

Vloga medicinske sestre je pomembna že od samega začetka obravnave neplodnega para. Prepoznavanje in reševanje problemov ter prepoznavanje potreb pacienta, že v začetni fazi vpliva na vzpostavitev zaupanja in dobro medsebojno komunikaciji. To pa je osnovni pogoj pacientov, ki bo s strokovno pomočjo osvojil potrebno znanje in veščine, kar jim bo omogočilo kakovostno življenje.

7 Sklep

Soočanje z neplodnostjo predstavlja veliko psihično obremenitev, tako za žensko kot za moškega. Postopki zdravljenja so zahtevni in dolgotrajni. Pogosto je vsa pozornost usmerjena v problem – neplodnost. To pogosto vodi v odtujenost, prepire in žal včasih do razpada partnerskega odnosa. Težava je tudi v tem, da se partnerji pogosto ovijajo v molk in samoto, saj se bojijo odzivov okolice. Omenjeno lahko vodi do še večje psihične obremenitve in napetosti med partnerjema.

Nezmožnost ustvarjenja družine lahko privede par, do različnih težav, ki dodatno ovirajo njihovo zdravljenje: depresija, ne samozavest, jeza, žalost, nezaupanje, tesnoba ipd. Bolniki so tukaj posebej ranljivi. Velikokrat o svojem problemu, ne želijo govoriti z drugimi ljudmi, saj jih je strah, da jih bo okolica obsojala, nanj pritiskala in velikokrat se počutijo manj vredne.

Kot rezultat raziskovalnega dela smo ugotovili, da se v Sloveniji in po vsem svetu neplodnost povečuje iz leta v leto in vse več ljudi potrebuje zdravniško oskrbo. Zelo pomembno nalogo ima celoten zdravstveni tim, vendar pa ima medicinska sestra ključno nalogo, saj je veliko v stiku z neplodnim parom. Zelo pomembna je komuni-

kacija in empatija. Preko komunikacije medicinska sestra lahko pride do pomembnih informacij, ki lahko vplivajo na zdravljenje. Empatija omogoča, da medicinska sestra lažje razume stisko neplodnega para in se v njuno vlogo tudi vživi.

Čeprav zdravstveno osebje pacientom natančno razloži postopke pregledov, pa si vsak posameznik težko predstavlja potek zdravljenja. Pri bolnikih se lahko pojavi zmedenost in zaskrbljenost. Zmedenost se lahko pri pacientih pojavi, ker si zdravstveno osebje, zaradi stiske z časom, velikokrat ne vzame dovolj časa za celostno obravnavo pacienta.

Medicinske sestre se morajo dodatno izobraževati na tem področju. Velikokrat se občutki in počutje neplodnega para zanemari. Zelo pomemben je sam pristop. Zdravstveno vzgojno delo je pomembno, kajti dobro vemo, da je nepravilen življenjski slog, zaradi hitrega tempa življenja velikokrat povzročitelj raznih bolezni, ovir pri ustvarjanju družine.

LITERATURA

1. Belšak, I. (2013). Pot do zanositve je lahko naporna (Diplomsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
2. Hoyer, S. (2005). Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
3. Kvas, A. (2011). Opolnomočenje pacienta. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
4. Rashidi, B., Montazeri, A., Ramezanzadeh, F., Shariat, M., Abedinia, N. in Ashrafi, M. (2008). Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. Pridobljeno 24. 10. 2016, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2553790/>.
5. Vilčnik, A. (2015). Zunajtelesna oploditev z darovanimi spolnimi celicami (Diplomsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta.
6. Virant-Klun, I. (2004). Ta čudoviti zarodek. Atlas spolnih celic in zarodkov v postopku zunajtelesne oploditve. Ljubljana: Ginekološka klinika, Ljubljana.
7. Virant-Klun, I., Meden-Vrtovec, H. in Tomažević, T. (2002). Od nastanka gamet do rojstva. Oploditev z biomedicinsko pomočjo. Ljubljana: Didakta.
8. Vlaisavljević, V. (1998). Neplodnost. V B. Eloko (ur.), Ginekologija (str. 251–260). Maribor: Visoka zdravstvena šola.
9. Voršič, A. (2013). Zdravstvena obravnava neplodnega para (Diplomsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Individualizacija kariere v zdravstveni negi

UDK 614.253.5+005.966

KLJUČNE BESEDE: kariera, razvoj kariere, zdravstvena nega, medicinske sestre

POVZETEK - Zdravstvena stroka je enotna v ugotovitvi, da k napredku in zagotavljanju kakovosti zdravstvenega varstva bistveno prispeva tudi karierni razvoj medicinskih sester. Spremembe v organizacijski strukturi, pri poslovanju v podjetjih in potrebah po človeških virih vplivajo na načrtovanje kariere in od posameznika zahtevajo veliko prilagodljivosti. V zadnjem času stopa v ospredje individualizacija karierne poti, kjer je posameznik ultimativno odgovoren za svojo kariero. Sam mora poskrbeti za svojo uveljavitev s pridobljenim znanjem, spretnostmi in zmožnosti ter pri tem aktivno usmerjati razvoj lastne kariere. Z metodo dedukcije in primerjalno metodo smougotavljali, da bodo tudi medicinske sestre vseh profilov morale prevzeti odgovornost in nadzor nad razvojem lastne kariere, pri tem pa ne smemo zanemariti tudi znatnega vpliva nekaterih organizacijskih oblik.

UDC 614.253.5+005.966

KEY WORDS: career, career development, nursing care, nurse

ABSTRACT - The area of nursing expertise is unified in determining that the career development of nurses significantly contributes to the progress and quality of health care. Organisational and business changes as well as human resources needs have a great impact on career planning, consequently a flexible individual is preferred. The modern career conception emphasises the individualisation of the career path, where the individual is ultimately responsible for their own career. Thus, the individual has to enforce and expose their knowledge, skills and abilities, and at the same time display an active role in own career development. The deduction method and the comparative method were used to highlight that all nursing profiles will be obliged to take on responsibilities and control over their career development. However, the impact of some organisational forms on the career cannot be ignored either.

1 Uvod

K napredku sistema zdravstvenega varstva in profesije zdravstvene nege bistveno prispeva tudi karierni razvoj medicinskih sester, kar vedno bolj poudarja tudi strokovna javnost s področja zdravstvene nege. Razvoj kariere, z zviševanjem poklicnih kompetenc in s tem napredovanjem zdravstvene nege, pomembno vpliva na uspešnost medicinskih sester in hkrati na zadovoljstvo pacientov. Posledično zaradi tega tudi kakovost v zdravstveni negi dosega višji nivo. Načrtovanje kariere zdravstvenih delavcev je zelo specifično v primerjavi z drugimi poklici in poteka predvsem zelo individualno (Kralj in sod, 2008). Praksa je prepoznala problem nepoznavanja pojma načrtovanje kariere medicinskih sester, saj odločitev o tem prepuščajo organizaciji, v kateri so zaposlene in so premalo samoiniciativne ter se ne zavedajo lastnih sposobnosti in zmožnosti. Hkrati se je treba zavedati, da je tradicionalni razvoj kariere v organizaciji je vse bolj vprašljiv, saj postajajo posamezniki vse bolj dinamični pri iskanju novih izzivov. Danes govorimo o individualizaciji odgovornosti za karierni razvoj in tako ni mogoče pričakovati, da bodo same organizacije poskrbele za razvoj kariere posameznika. V nadaljevanju smo predstavili nekaj aktualnih sodobnih teoretičnih konceptov pojmovanja kariere, katerih skupna značilnost je poudarek na lastni odgovornosti za

karierni razvoj, se pravi da je (zgolj) posameznik sam ultimativno odgovoren za svojo kariero. Sam mora znati poskrbeti za svojo uveljavitev in izpostavitve samega sebe s pridobljenimi znanji, spretnostmi in zmožnosti ter pri tem izkazovati interes za aktivno vlogo pri razvoju lastne kariere. S primerjavo teoretičnih spoznanj in najnovejših študij razvoja kariere medicinske sestre smo prišli do zanimivih spoznanj.

2 Opredelitev kariere

Kariera se pogosto spreminja na podlagi spremembe osebnih interesov, sposobnosti in vrednot, pa tudi sprememb v delovnem okolju, ko posameznik menja svoje področje dela, ali celo strokovno področje. Karierno pot oziroma kariero opredelimo kot celostni razvoj zaposlenega, pri čemer moramo opozoriti, da kariera ni več napredovanje (tradicionalno pojmovanje) ampak dejansko pomeni razvoj vseh potencialov posameznika skozi vse delovne postopke, na vseh delovnih mestih in v vseh delovnih okoljih, v katerih je posameznik deloval v preteklosti, v katerem deluje v sedanjosti in bodo imeli vpliv na karierno pot posameznika v prihodnosti, v skladu z subjektivnim občutkom doživljanja napredka, samouresničevanja in osebnega razvoja v določenem času (Clark, 1992, Mihalič, 2006). Collin and Watts pravita, da je (1996, v Vujić, 2008, str. 298) kariera »individualni razvoj skozi učenje in delo tekom življenja«. Posameznik sledi notranjemu, psihološkemu občutku uspeha, občutku ponosa in napredka pri doseganju življenjskih ciljev, ki niso omejena zgolj na delovno okolje in napredovanje na delovnem mestu (Đorđević Boljanović, Pavlić, 2011). Govorimo lahko o karieri brez meja oziroma o pojavu brezmejnih karier (ang. »boundaryless career«), ki se mu bomo posvetili v nadaljevanju.

Vzorci kariere tako postajajo vse bolj pestri, pri čemer pa je nujno izpostaviti vse večji poudarek na osebnem razvoju posameznika (Merkač-Skok, 2005, str. 140; Možina, 2002, str. 74). Vsak zaposleni ima v podjetju svoje interese in potrebe, ki jih skuša z delom uresničiti. Pomembno je, da zaposleni aktivno sodeluje pri lastnem razvoju in s tem napreduje. Organizacije vedno bolj gledajo na razvoj kariere kot na sredstvo povezovanja med posameznikovimi cilji in potrebami dela. Cilj razvoja kariere je povezovanje potreb, znanja in veščin zaposlenih z obstoječimi in bodočimi potrebami organizacije – prave ljudi na prava delovna mesta v pravem trenutku. Pomen je v kontinuiranem, organiziranem in formaliziranem procesu, ki temelji na predpostavki, da so ljudje največje bogastvo organizacije (Bogićević Miklič, 2011, str. 238).

Ta spoznanja združuje tudi Peggy Simonsen (1997, v Cvetko, 2002, str. 49; McDonald, Hite, 2016) in navaja naslednjo definicijo: »Razvijanje kariere je stalen proces, pri katerem planiramo in vodimo proces proti želenemu osebnemu delu in življenjskim ciljem. Razvijanje pomeni rast, stalno pridobivanje in uporabo sposobnosti. Razvoj kariere je rezultat planiranja posameznikove kariere in organizacijskih predvidevanj, možnosti in pomoči, ki se kaže kot idealen sodelovalen proces. Namen razvijanja kariere je zagotoviti čim popolnejšo skladnost med interesi posameznika, njegovimi

spodobnostmi, vrednotami in potrebami ter potrebami in zahtevami na delovnem mestu, v delovni enoti in organizaciji.«

2.1 Inteligentna kariera in karierne kompetence

Koncept brezmejne kariere temelji na mišljenju, da kariera ni eno organizacijo, ampak je omogočeno prehajanje med organizacijami, opirajoč se na prenosljive karierne kompetence. Te sta kot odgovor na spreminjanje organizacije razvila Parker in Arthur (2000, str. 101) v teoriji »inteligentne kariere«. Le-ta izpostavlja sposobnosti posameznika pri uspešnem upravljanju z lastno kariero in označuje tri temeljne elemente za doseganje tega cilja: vedeti zakaj, vedeti kako in vedeti komu, med vsemi tremi vedenji pa je tesna povezava oziroma medsebojni vpliv.

Prvi sklop predstavljajo kompetence »vedeti zakaj«, ki se nanašajo na osebne vrednote, nagnjenja, notranje potrebe, kot tudi na delovno motivacijo ter identifikacijo s kulturo podjetja in iščejo odgovor na vprašanje zakaj delamo. Odgovor na to vprašanje je subjektivne narave in se navezuje na vrednote, prepričanja in motivacijo vsakega posameznika.

Drugo obliko vedenj predstavljajo kompetence »vedeti kako«, v katerega so zajete vse relevantne karierne sposobnosti in razumevanje le-teh. Pridobimo jih z izobraževanjem, usposabljanjem in delom ter zajemajo spretnosti, strokovno znanje, tiho in eksplicitno znanje, ki so kopiči v karieri. V okviru te kompetence lahko ljudje razvijejo širok sklop spretnosti in znanj, ki so širša od zahteve trenutnega delovnega mesta, kar lahko predstavlja razširitev ali spremembo delovne ureditve z namenom povečanja kariernih priložnosti in zaposljivosti.

Zadnji sklop kompetenc »vedeti komu« so sposobnosti navezovanja in vzdrževanja dobrih odnosov ter ustvarjanja socialnih mrež v organizaciji in zunaj nje.

3 Kariera v zdravstveni negi

Strokovna javnost na področju zdravstvene nege v Sloveniji poudarja, da karierni razvoj medicinskih sester bistveno prispeva k napredku sistemov zdravstvenega varstva in stroke zdravstvene vede ter je neposredno povezan z zagotavljanjem kakovosti oskrbe. Karierno napredovanje omogoča zdravstveni negi, da se odzove na znanstvene, tehnološke, družbene, politične in ekonomske spremembe s prilagoditvijo ali razširitvijo svojih vlog ter s sestavo in številom delavcev v zdravstveni negi. Po pričevanjih Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, je izpostavljen nevzdržen paradoks na kariernem področju med potrebami in ponudbo na tržišču, kot s katerim se moramo spopadati akterji na področju zdravstvene nege. Za zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege je pomembno, da ohranjamo in večamo število zaposlenih medicinskih sester, babic, zdravstvenih tehnikov in bolničarjev, vendar dejavnost zdravstvene in babiške nege poka po šivih, zaposleni so izčrpani, izgoreli, medosebni in medpoklicni odnosi se slabšajo (<https://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/>)

strateski-dokumenti), to situacijo pa še dodatno bremeni Zakon o uravnoteženju javnih financ (Ur. l. št. 40, 2012) s prepovedjo zaposlovanja.

Ob izpostavljenimi izzivi na sam sistem zdravstvenega in socialnega varstva zagotovo vplivajo tudi drugi dejavniki, zaradi katerih postajajo karierni vzorci tudi v zdravstveni negi vse bolj pestri (Greenhaus, 2009): globalizacija, deregulacija trga dela, privatizacija, tehnološki razvoj, spremenjene oblike zaposlitve, sprememba organizacijskih oblik/struktur, demografske spremembe in spremembe trga dela, sprememba ravnovesja med delom in ostalimi življenjskimi vlogami, sprememba psihološke pogodbe, povečana negotovost zaposlitve, spremembe v izobraževalnem sistemu ...

V procesu razvoja kariere so najbolj pogosto zaznani naslednji problemi, s katerimi se soočajo medicinske sestre pri svojem kariernem udejstvovanju (Kralj idr., 2008; Ramšak Pajk in Rajkovič, 2004):

- Nepoznavanje pojma načrtovanje kariere - posameznik preveč odgovornosti glede kariere prepuščajo drugim in se premalo udeležujejo sami;
- Nezavedanje lastnih sposobnosti, interesov ter nesistematičnost pri izbiri in načrtovanju kariere;
- Nezavedanje procesa samoevalvacije, ki posredno povečuje zadovoljstvo in kakovost dela.

Ramšak-Pajk in Rajkovič (2004) ugotavljata, da največja ovira za uspešnost na karierni poti ni v pomanjkanju spretnosti in strokovnega znanja, ampak v subjektivnem zaznavanju, ko se zdi uresničitev pričakovanega (zastavljenih ciljev) nedosegljiva. Zato je pomembno, da se medicinska sestra zaveda svojih poklicnih sposobnosti in zaupa vanje.

Ob pregledu definicij pojmovanja kariere medicinskih sester ugotavljamo, da vključujejo elemente tradicionalnega pojmovanja kariere, se pa pogled na pojmovanje kariere približuje sodobnim teoretskim konceptom.

Požun (2008) definira razvoj kariere kot pomikanje medicinske sestre na višji strokovni nivo, na različna področja prakse zdravstvene in babiške nege ali na položaj, kjer so prevladujoče različne funkcije, ki vključujejo podjetniško, neodvisno in avtonomno profesionalno vlogo medicinskih sester. Opozorila bi, da je Požunova definicija vključuje le elemente delovne oziroma strokovne kariere, vendar je kariera več kot samo to. Po mnenju Štularjeve (2008) se razvoj kariere na področju zdravstvene nege deli na vertikalno in horizontalno pot, kar pomeni, da se kariera gradi na vzpenjanju proti vodstvenim položajem ali pa s specializacijo na posameznem strokovnem področju. Bukovčeva (2008) je mnenja, da je medicinska sestra, ki pristopa k načrtovanju kariere sistematično in je zadovoljna sama s sabo in pri delu, kakovostno opravlja svoje delo, je motivirana in odprta za novosti. Takšna medicinska sestra prispeva h kakovostni zdravstveni negi in k zadovoljstvu bolnikov. To mnenje sledi sodobnim teorijskim kariernim konceptom, kjer je vsaka posamezna medicinska sestra odgovorna za načrtovanje in razvijanje svoje kariere s stalnim strokovnim izobraževanjem na osnovi postavljenih ciljev.

Individualna odgovornost medicinske sestre za osebnostno in strokovno rast je kot kompetenca opredeljena tudi v Slovenskem etičnem kodeksi medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v petem načelu.

4 Metoda

Posameznik mora imeti določeno znanje, razviti določene spretnosti oziroma posevovati kompetence za uspešno vodenje lastne karierni poti. Vsak zase mora znati poskrbeti za svojo uveljavitev in izpostavitev samega sebe s pridobljenim znanjem, spretnostmi in zmožnostmi ter s tem izkazovati interes za aktivno vlogo pri razvoju lastne kariere. S pomočjo rezultatov izbranih najnovejših raziskav kariernega razvoja medicinskih sester smo, z metodo dedukcije in primerjalno metodo, izpostavili, da bodo tudi medicinske sestre vseh profilov primorane prevzeti odgovornosti in kontrolo nad razvojem kariere. Pri tem pa ne smemo zanemariti tudi vpliva nekaterih organizacijskih oblik na kariero zaposlenih.

Za namen našega prispevka smo proučili dva znanstveno raziskovalna prispevka raziskovalne skupine Univerze v Teheranu, Iran, ki sta vprašanje načrtovanja kariere medicinskih sester proučevala z izvedbo kvalitativnega raziskovalnega pristopa ter uporabila tehniko strukturiranega intervjuja.

Tabela 1: Osnovne informacije o raziskavah

	<i>Raziskava 1:</i> Spretnosti, potrebne za napredovanje v karieri medicinske sestre	<i>Raziskava 2:</i> Vloga delovnega okolja pri napredovanju v karieri medicinske sestre iz perspektive vodje zdravstvene nege
Avtorji:	Mohammad Reza Sheikki, Masoud Fallahi Khoshknab, Farahnaz Mohammadi, Fatemeh Oskouie University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences in University of Medical Sciences, Teheran, Iran.	
Čas izvedbe:	Junij 2013 – november 2014 Objava rezultatov: maj 2016	April 2014 – september 2014, Objava rezultatov: maj 2016
Način raziskovanja:	Kvalitativna metoda raziskovanja, strukturirani intervju	Kvalitativna metoda raziskovanja, strukturirani intervju
Število intervjujev:	18	18
Vzorec:	Medicinske sestre na različnih položajih, ki imajo vsaj 5 let delovnih izkušenj, so v zadnjih dveh letih napredovale in so prostovoljno sodelovale v raziskavi.	Medicinske sestre, ki imajo vsaj dve leti delovnih izkušenj na vodilnih in vodstvenih položajih. Prostovoljno sodelovanje v raziskavi.
Cilj raziskovanja:	Identificirati spretnosti in kompetence, ki jih potrebuje medicinska sestra za karierno napredovanje.	Raziskati vlogo delovnega okolja na razvoj kariere medicinske sestre iz perspektive vodstvenega položaja.

Vir: Lasten vir, 2016

5 Rezultati

V prvi raziskavi se je raziskovalna skupina posvetila odkrivanju posebnih spretnosti za doseganje kariernega napredka. Izkazalo se je, da obstaja sklop spretnosti in kompetenc, ki bistveno prispevajo k možnosti za karierni napredek. Višje kot napredujemo proti vodstvenim pozicijam, bolj prihajajo v ospredje prvi sklop kompetenc (Tabela 2). Tako so za napredovanje na mesto oddelčno sestro ali glavno sestro pomembne tehnične in funkcionalne spretnosti, medtem ko so spretnosti izgradnje dobrih medosebnih odnosov bolj v ospredju pri višjih pozicijah. Raziskava je tudi pokazala, da imajo delovne izkušnje in profesionalnost izvajanja zdravstvene nege pozitiven vpliv na karierni napredek. Prav tako sposobnost vodenje in reševanja problemov. Raziskava je pokazala še, da so kompetenca poznavanje sebe, kompetenca izgradnje medosebnih odnosov in poklicne kompetenca nujne za karierni napredek na področju zdravstvene nege. Ta spoznanja so lahko uporabna pri podpori organizacije zaposlenim pri načrtovanju in realizaciji njihovih kariernih ciljev z namenom razviti in ponuditi ustrezne intervencije za razvoj sposobnosti in spretnosti, med drugimi tudi za razvoj kariernih kompetenc.

Tabela 2: Karierne kompetence medicinske sestre

<i>Glavne vsebinske enote in podenote</i>
Medosebni odnosi: Interakcija: sposobnost vzpostavljanja in vzdrževanja dobrih medsebojnih odnosov s sodelavci, vodstvom in ostalimi; Zaznavanje potreb organizacije: odzivanje na organizacijske potrebe in delo v skladu z načrti in pričakovanji vodstva Mentorski odnos: biti sposoben učiti druge, imeti željo po prenašanju znanja, tudi za izboljševanje medsebojnih odnosov, vedenja sodelavcev Čut za etičnost: delovanje v skladu z etičnimi načeli
Poklicne kompetence za karierni uspeh: Izkušnje – ključ do napredka v karieri Sposobnost vodenja Mojstrstvo v izvajanju zdravstvene nege
Poznavanje sebe: Strast in ljubezen do dela Zavezanost k poklicnim vrednotam

Vir: Sheikhi, M. R., Fallahi-Khoshnab, M., Mohammadi, F. in Oskouie, F. (2016). Skills Required for Nursing Career Advancement: A Qualitative Study. *Nurs Midwifery Stud.*, n. 5 (2), 1–8.

Na podlagi analize intervjujev so raziskovalci v drugi raziskavi opredeliti dvojno vlogo organizacije, ko jo ima pri razvoju kariere medicinskih sester. Organizacija se mora zavedati motivacijskega vpliva na kariero zaposlenih, kakor tudi njene restriktivne vloge.

V vlogi spodbujanja in motiviranja lahko na podlagi raziskave izpostavimo naslednje karakteristike delovnega okolja, ki spodbujajo in motivirajo medicinske sestre pri njihovem kariernem razvoju: priložnosti za karierno napredovanje (npr. npr. želja po višji ravni izobrazbe), podpora (s strani vodstva, sodelavcev in drugih), dostop do izobraževalnih vsebin (poglobitev znanja in spretnosti) in ugodna organizacijsko vzdušje (pozitiven odnos vodstva, stil vodenje, medosebni odnosi).

V delovnem okolju, ki deluje restriktivno, z veliko omejitvami, se medicinske sestre soočajo z večjim številom ovir pri kariernem napredovanju. Kot največje ovire izpostavimo visoko delovno obremenitev, pomanjkanje negovalnega osebja, pomanjkanje podpore, omejitve izobraževanja in omejene možnosti kariernega napredovanja. Na te težave pa opozarjajo različni akterji zdravstvenega varstva in profesije zdravstvene nege tudi pri nas.

6 Razprava

Val sprememb je zajel tudi področje zdravstvene nege in njene izvajalce. Posledično se je tudi spremenil sam pogled na ravnanje z ljudmi v organizaciji in vprašanje razvoja kariere. Skrb za razvoj in upravljanje kariere postaja na prvem mestu odgovornost posameznika, sam mora znati vsak poskrbeti za svojo uveljavitev in izpostavitve samega sebe s pridobljenimi znanji, spretnostmi in zmožnostmi ter pri tem izkazovati interes za aktivno vlogo pri razvoju lastne kariere. Medicinske sestre vseh profilov morajo prevzeti odgovornost za razvoj kariere v svoje roke ter se opremiti s kompetencami za uspešno vodenje karierne poti

Na drugi strani pa ne gre zanemariti vlogo organizacije (Baruch, 2006), kjer je razvoj kariere pomemben mehanizem upravljanja s človeškimi viri za zagotavljanje konkurenčne prednosti. Organizacije morajo spodbujati razvoj zdravega delovnega okolja, prav tako morajo biti soudeleženke pri kariernem razvoju, in sicer kot podpora in spodbuda pri načrtovanju kariernih ciljev, ter nuditi tako spodbudno okolje, ki po posameznikom omogoča profesionalno in osebno rast ter povezovanje osebnih ciljev s cilji organizacije.

Koristi tako na strani posameznika kot na strani organizacije (Poulsen in Arthur, 2005, str. 78), saj koncept inteligentne kariere omogoča posamezniku razumevanje pomena in načina vodenja svoje kariere, organizaciji pa sočasno omogoča boljše razumevanje raznolikosti zaposlenih in poskrbi za karierno izobraževanje v skladu z filozofijo »prave ljudi na prava delovna mesta« za doseganje odličnosti posameznika, delovnega mesta in organizacije. Izobraževanje in usposabljanje za namen pridobivanja in krepitev kariernih kompetenc je ena izmed nalog organizacije in drugih akterjev na področju zdravstvene vede. Priporočamo nadaljnje raziskovanje vprašanja kariernega napredovanja z osredotočenostjo na lastništvo kariernih kompetenc medicinskih sester za uspešno udejstvovanje na načrtani karierni poti.

LITERATURA

1. Baruch, Y. (2006). Career development in organisations and beyond: Balancing traditional and contemporary viewpoints. *Human Resource Management Review*, 16 (2), 125–138.
2. Bogičević Milikić, B. (2011). Menadžment ljudskih resursa. Beograd: Centar za izdavačko delatnost Ekonomskog fakulteta u Beogradu.

3. Boljanović Dođević, J. i Pavić, Ž. S. (2011). Osnove menadžmenta ljudskih resursa. Beograd: Univerzitet Singidunum.
4. Bukovec, N. (2008). Karierni razvoj medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (Diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru.
5. Clark, F. A. (1992). Total Career Management. London: McGraw-Hill Book Company.
6. Cvetko, R. (2002). Razvijanje delovne kariere. Koper: Znanstveno raziskovalno središče republike Slovenije, Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
7. Greenhaus, J. H., Callanan, G. A. and Godshalk, V. A. (2009). Career management (4th ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
8. Kralj, B., Rajkovič, V. in Kljajič-Borštnar, M. (2008). Vrednotenje dejavnikov razvoja kariere medicinskih sester in babc. Organizacija, 41 (1), 37–46.
9. McDonald, K. S. and Hite, L. M. (2016). Career Development: A Human Resource Development Perspective. New York, NY: Routledge.
10. Merkač Skok, M. in idr. (2010). Razvoj kariere. Celje: Fakulteta za komercialne in poslovne vede.
11. Mihalič, R. (2006). Management človeškega kapitala. Priročnik za celostno upravljanje človeškega kapitala in človeških virov v praksi sodobnih organizacij znanja. Škofja Loka: Mihalič in Partner.
12. Možina, S. idr. (2002). Management kadrovskih virov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
13. Pahor, M. (2004). Poklicna identiteta medicinskih sester kot vseživljenjski projekt. V Kakovost zdravstvene nege: kako jo prenesti v prakso. Zbornik prispevkov. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
14. Parker, P. and Arthur, M. B. (2000). Careers, Organizing and Community. V M. A. Peiperl, R. Arthur idr. (eds.), New Conceptions of Working Lives. New York: Oxford University Press.
15. Poulsen, K. M. and Arthur, M. B. (2005). Intelligent Career Navigation. T+D, 59 (5), 77–79.
16. Požun, P. (2008). Razvoj zaposlenih v zdravstveni in babiški negi v očeh Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov Slovenije. V B. Skela Savič, J. Ramšak Pajk, J., M. B. Kaučič (ur.), Jaz in moja kariera: zbornik predavanj z mednarodno udeležbo. Jesenice: Visoka šola za zdravstvo.
17. Ramšak-Pajk, J. in Rajkovič, R. (2004). Kariera medicinske sestre in samoevalvacijski model. Obzornik zdravstvene nege, 38 (1), 21–29.
18. Sheikhi, M. R., Fallahi-Khoshnab, M., Mohammadi, F. and Oskouie, F. (2016). Skills Required for Nursing Career Advancement: A Qualitative Study. Nurs Midwifery Stud., 5 (2), 1–8.
19. Sheikhi, M. R., Fallahi-Khoshnab, M., Mohammadi, F. and Oskouie, F. (2016). The role of working environment in nurses' career advancement from nursing managers' perspective: A Qualitative Study. Journal of Hospital Administration, 5 (4), 49–54.
20. Stališča Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica–Zveza) o aktualni problematiki na področju zdravstva in predlogih za reševanje krize. Pridobljeno, s https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/staliska_zbornice_-_zveze_o_aktualnih_problemih_v_zdravstvu_03.04.2014.pdf
21. Štular, S. (2008). Ali lahko v zdravstvu govorimo o kariernem razvoju zaposlenih? V B. Skela Savič, J. Ramšak Pajk in M. B. Kaučič. Jaz in moja kariera: zbornik predavanj z mednarodno udeležbo. Jesenice: Visoka šola za zdravstvo.
22. Vujić, D. (2008). Menadžment ljudskih resursa i kvalitet. Ljudi – ključ kvaliteta i uspeha. Beograd: Centar za primenjeno psihologiju.

Kakovost umiranja v domu starejših: ali je vključitev v paliativno oskrbo pomembna?

UDK 616-036.8-083

KLJUČNE BESEDE: oskrba ob koncu življenja, vnaprejšnja volja, paliativni pristop

POVZETEK - Umiranje in smrt v domovih starejših je pogosto, toda dostop do paliativne oskrbe je omejen. Cilj raziskave je bil prikazati oskrbo umirajočih stanovalcev v domu starejših v zadnjih 48-ih urah. Narejena je retrospektivna raziskava umrlih v enem domu starejših, v enem letu. Podatki so bili pridobljeni iz dokumentacije umrlih in so prikazani opisno. V enem letu je umrlo 57 stanovalcev (14 v bolnišnici, 43 v domu). V paliativno oskrbo je bilo vključenih 20 od 43-ih. Pri njih so bili vzroki smrti bolezni srca in žilja, možganska kap in rak. Z vključitvijo v paliativno oskrbo je bil seznanjen eden, pri 15-ih njihovi svojci, 4 jih niso imeli. Izvajalo se je merjenje vitalnih funkcij, aplikacija zdravil subkutano in kisika, hipodermoklizna, umetno hranjenje. Zdravljeni so bili z analgetiki in psihotiki zaradi simptomov težkega dihanja, bolečin, motenj zavesti, inkontinence in negibljivosti. S stanovalci v domu starejših se ni odkrito govorilo o bližnji smrti, niso bili seznanjeni z možnostjo lajšanja težav s paliativno oskrbo in avtonomnim odločanjem. Zdravstvena nega se je izvajala po načelih paliativne oskrbe samo glede lajšanja bolečin in motenj zavesti. Prikaz umiranja v domu starejših lahko služi kot informacija za boljše razumevanje kakovostnega umiranja in smrti.

UDC 616-036.8-083

KEY WORDS: end of life care, living will, palliative approach

ABSTRACT - Dying and death are common in residential care homes for older people, but access to palliative care is limited. The objective of the research was to examine the care of the dying residents in one residential care home in the last 48 hours. The retrospective study was performed about the deceased residents in one residential care home in one year. Data were obtained through the documents of deceased and are presented descriptively. In a year's time 57 residents died (14 in a hospital, 43 in the care home). 20 were included in the palliative care. The main causes of death were cardiovascular disease, stroke and cancer. One resident was informed about the palliative care, for 15 residents their relatives were informed, 4 did not have any relatives. Measurements of vital signs, administration of drugs subcutaneously and oxygen, hypodermoclysis, and artificial feeding were performed. The residents were administered analgesics and psychotics to treat the symptoms of breathlessness, pain, disorders of consciousness, incontinence and immobility. The residents in the care home did not have open talks about near death, they had not been informed about the possibility of alleviation of problems with palliative care and the autonomy of their decision. Nursing has been implemented according to the principles of palliative care only with respect to pain relief and disturbances of consciousness. The presentation of dying in the residential care home for older people can provide information to better understand the quality of dying and death.

1 Uvod

Domovi starejših občanov vedno bolj pogosto postajajo kraj za oskrbo neozdravljivo bolnih ob koncu življenja (Kinley idr., 2014; Hanson, Reynolds, Henderson in Pickard, 2005), čeprav je njihova osnovna dejavnost izvajanje institucionalnega varstva starejših. To pomeni, da se stanovalcem zagotavlja kakovostna, strokovna oskrba, nega, pomoč in pri tem upošteva visoka starost ter zdravstveno stanje stanovalcev (Splošno, 2016). Vzrokov za odločanje ljudi za bivanje v domovih starejših je veliko, vključno

s povečanimi potrebami po oskrbi na fizičnem, psihičnem, socialnem in duhovnem področju (Steves, Schiff in Martin, 2009). Raziskave (Handley idr., 2014; Fromberg Gorlen, Gorlen in Asbjorn Neergaard, 2013; Kinley in Hockley, 2012; Hockley, Watson, Oxenham in Murray, 2010; Brandt, Ooms, Deliens, van der Wal in Ribbe, 2006; Jonsson, Bernhoft, Bernhardsson in Jonsson, 2005) kažejo, da stanovalci postajajo vedno bolj »krhki« in prizadeti na različnih področjih delovanja, s kompleksnimi sočasnimi boleznimi in pogosto z visoko stopnjo kognitivnega poslabšanja.

Stanovalci v domovih starejših občanov potrebujejo oskrbo ob koncu življenja, ki jo izvajajo dobro usposobljeni oskrbovalci, zato ker so zaradi narave njihovih osnovnih bolezni in invalidnosti manj sposobni komunicirati o svojih pogledih in željah v tem času. Njihovi svojci in oskrbovalci v domovih starejših občanov so zagovorniki stanovalcev, čeprav so njihove želje lahko drugačne. Posledica tega so: omejen dostop do specislističnih služb, neprijetne izkušnje s sočasnimi boleznimi, ponavljajoči sprejemi v bolnišnico, pomanjkanje vnaprejšnjega izražanja volje in nezadostno prepoznavanje simptomov. Zaradi tega Badger, Thomas in Clifford (2007) opisujejo starejše ljudi kot »prikrajšani umirajoči«.

Dostop do paliativne oskrbe je pomemben za izvajanje holistične oskrbe in temeljnega pomena za filozofijo paliativne oskrbe, s čimer se lahko podpre ohranjanje dobre kakovosti življenja ljudi z neozdravljivimi boleznimi in njihovih svojcev (Wallerstedt, Sahlberg-Bloom, Benzein in Andershed, 2012). Ta dostop je še vedno različen od države do države, odvisen od politik, vlade, virov in kulture. Van Beek idr. (2013), so raziskovali podatke o tem, v sedmih državah Evrope: Belgiji, Angliji, Franciji, Nemčiji, Nizozemskem, Poljskem in Španiji. V vseh državah imajo regulative in politike o paliativni oskrbi, zakonsko potrjena posebna pravica do paliativne oskrbe, pa je samo v Belgiji, Franciji in Nemčiji. Razlike med njimi so glede pravice do odsotnosti z dela zaradi oskrbe svojca, ki potrebuje paliativno oskrbo, uveljavljanja vnaprej izražene volje, nacionalnih sredstev, izobraževanja, usposabljanja, raziskovanja s področja paliativne oskrbe, uporabe opioidov in vloge prostovoljcev. V Sloveniji imamo Državni program paliativne oskrbe (2010) in z zakonom potrjene pravice, ki bolnikom omogočajo, da imajo dostop do kakovostne oskrbe, ki temelji na načelih paliativne oskrbe (Zakon o pacientovih pravicah, 2008). Učinkovitost izvajanja paliativne oskrbe v domovih starejših občanov je bila dokazana v raziskavah (Handley idr., 2014; Finucane, Stevenson, Moyes, Oxenham in Murray, 2013; Reid, Snowden in Kydd, 2012; Emilsdottir in Gustafsdottir, 2011; Hockley idr., 2010; Hanson idr., 2005), v Sloveniji pa se je šele začela uveljavljati (Habjanič, Saarnio, Elo, Mičetić Turk in Isola, 2012). V Domu starejših občanov Fužine od leta 2012 redno organizirajo družinske razgovore, individualno obravnavajo stanovalce in njihove svojce ter pripravijo vnaprejšnji načrt obravnave (Genorio in Zajec, 2014). Vnaprejšnje načrtovanje nekaj let uspešno izvajajo tudi v Domu starejših občanov Šentjur, kjer stanovalcem ob koncu življenja ponudijo tudi enosposteljno sobo, da jim zagotovijo mirno okolje v prisotnosti svojcev (Vodišek Razboršek, Prtenjak, Klobčar in Ramovš, 2016). Znanje, pridobljeno v domovih, v katerih že nekaj let aktivno izvajajo paliativno oskrbo, se v Sloveniji širi tudi prek internih izobraževanj po drugih domovih starejših občanov.

V začetku leta 2013 je bilo v enem izmed domov starejših občanov namensko izvedeno interno izobraževanje o predstavitvi paliativne oskrbe v domovih starejših občanov in timsko delo, da bi se začelo z vključevanjem stanovalcev v paliativno oskrbo tudi v tem domu. V prispevku je tako prikazano, kako kakovostno oskrbo v zadnjih dveh dneh življenja so imeli stanovalci v tem domu, ki so bili vključeni v paliativno oskrbo. Predstavljeno je, koliko in kateri stanovalci so bili vključeni v paliativno oskrbo v zadnjih dveh dneh življenja ter v kolikšni meri se je pri njih izvajala po načelih paliativne oskrbe.

2 Metode

Narejena je bila retrospektivna raziskava z deskriptivno metodo dela s pregledom zdravstvene dokumentacije umrlih stanovalcev v enem domu starejših občanov. Pridobljeno je bilo dovoljenje vodstva doma za vključitev stanovalcev, ki so umrli v enem letu (od 1. 4. 2015 do 31. 3. 2016) (podatki in dovoljenje so hranjeni pri avtorjih).

V času raziskave so bili v domu nastanjeni 303 stanovalci, 249 ženskega in 54 moškega spola. Zaposleni so se zavedali pomembnosti izvajanja paliativne oskrbe za posamezne stanovalce ob koncu življenja. Vizija je bila izboljšati kakovost oskrbe za te ljudi, v smislu lajšanja simptomov, podpore in kontinuirane oskrbe ne glede na starost, spol in diagnozo. Identifikacija je bila narejena, če je bil posameznik v fazi hudo napredovale neozdravljive bolezni, ko je bilo pričakovati, da se z vključitvijo v paliativno oskrbo temu stanovalcu omogoči kakovostno umiranje in smrt v domu starejših občanov, ob prisotnosti njihovih svojcev. Tako stanje je bilo zabeleženo v zdravstveno dokumentacijo stanovalca s strani domskega zdravnika, v negovalno dokumentacijo ('raportne knjige') in računalniški sistem za spremljanje poslovanja in poročanja o dejavnosti socialnih zavodov Slovenije, pa s strani diplomirane medicinske sestre. V negovalni dokumentaciji in računalniškem sistemu so bili zabeleženi tudi diagnostično terapevtski posegi in zdravstvenonegovalne intervencije pri stanovalcih vključenih v paliativno oskrbo.

V opazovanem obdobju je umrlo 57 stanovalcev, 48 žensk in 9 moških. Od umrlih stanovalcev jih je 14 umrlo v bolnišnici, preostalih 43 pa v domu starejših občanov. V paliativno oskrbo je bilo vključenih 20 (17 žensk, 3 moški), od 57 umrlih. Največ (15) umrlih stanovalcev je bilo starih nad 86 let in 5 od 74 do 85 let. Večina (12) jih je v domu živela tri leta oziroma manj. Samo dva umrla stanovalca, ki sta bila vključena v paliativno oskrbo, sta bila v domu 11 oziroma 12 let.

V prispevku so prikazani podatki, pridobljeni iz zdravstvene in negovalne dokumentacije 20 umrlih stanovalcev, ki so bili vključeni v paliativno oskrbo, in sicer njihovo zdravstveno stanje in izvajanje oskrbe po načelih paliativne oskrbe, dva dni pred smrtjo. Izločili smo stanovalce, ki so umrli v bolnišnici, in stanovalce, ki niso bili vključeni v paliativno oskrbo. Podatki so bili zbrani s pomočjo zbirnega lista, prikazani pa so v tabelah in opisno.

3 Rezultati

Rezultati v tabelah prikazujejo izvajanje oskrbe v zadnji dveh dneh življenja 20-ih stanovalcev doma, ki so umrli med 1. 4. 2015 in 31. 3. 2016. Bili so vključeni v paliativno oskrbo po priporočilu domskega zdravnika in diplomirane medicinske sestre. Najpogostejši razlog smrti stanovalcev, vključenih v PO, so bile bolezni srca in žilja, pri štirih je bila vzrok možganska kap in enakem številu rak. Med sočasnimi boleznimi so bile prav tako najpogostejše bolezni srca in žilja; če je stanovalec umrl zaradi te bolezni, pri njem ni bila zabeležena kot sočasna bolezen (Tabela 1).

Tabela 1: Vzrok smrti in sočasne bolezni umrlih stanovalcev

<i>Vzrok smrti</i>	<i>N (N = 20)</i>	<i>Sočasne bolezni</i>	<i>N (N = 20)</i>
bolezni srca in ožilja	5	bolezni srca in žilja	9
rak	4	možganska kap	2
možganska kap	4	demenca	4
demenca	2	Alzheimerjeva bolezen	1
Alzheimerjeva bolezen	1	osteoporoza	4
infekt	1	infekt	2
pljučnica	3	KOPB	1
		pljučnica	1
		bolezen ledvic	2
		sladkorna bolezen	1
		aspiracijska pljučnica	1

N = število umrlih stanovalcev, vključenih v paliativno oskrbo

Med umrlimi stanovalci ni nihče izrazil vnaprejšnje volje. Velik delež umrlih stanovalcev, vključenih v paliativno oskrbo, zaradi bolezenskega stanja ni bil več sposoben sprejemati informacij iz okolja, zato so bili o izvajanju paliativne oskrbe obveščeni svojci. Štirje umrli stanovalci niso imeli svojcev. Vključitev v paliativno oskrbo sta dokumentirala domski zdravnik v zdravstveni dokumentaciji stanovalca in diplomirana medicinska sestra v negovalni dokumentaciji (individulanem načrtu) zdravstvene nege. V »bolnišnično sobo« je bil premeščen en stanovalec v zadnjih dveh dneh življenja (Tabela 2), da je bilo olajšano izvajanje zdravstveno negovalnih intervencij, ker je bil pri njem potreben stalen nadzor.

Tabela 2: Izvajanje paliativnega pristopa pri stanovalcih, v zadnjih dveh dneh življenja

<i>Paliativni pristop v zadnjih dveh dneh</i>	<i>N (N = 20)</i>
<i>Vnaprejšnje načrtovanje</i>	
da	0
ne	20
<i>Seznanitev/privolitev stanovalca v paliativno oskrbo</i>	
da	1
ne; ni sposoben sprejemati informacij	19
<i>Seznanitev/privolitev svojcev v paliativno oskrbo</i>	
da	16
ne	0
ni bilo mogoče	4
<i>Vključitev stanovalca v oskrbo ob koncu življenja dokumentirala oba (zdravnik, diplomirana sestra)</i>	20
<i>Premestitev v »bolnišnično sobo«</i>	
da	1
ne	19
<i>Spominjanje umrlega stanovalca (da)</i>	20

N = število umrlih stanovalcev, vključenih v paliativno oskrbo

Stanovalcem vključenim v paliativno oskrbo, se je v zadnjih dveh dneh življenja, merilo vitalne funkcije 3-krat na dan, najbolj pogosto apliciralo zdravilo v podkožje in polovici apliciralo kisik z oksigenatorjem. Pri vseh se je izvajala osebna higiena ter obračanje na 4 ure. Polovica stanovalcev ni bila sposobna hranjenja in pitja preko ust, 5 je bilo umetno hranjenih, 9-im pa omogočen vnos tekočin s podkožnimi infuzijami (Tabela 3).

Tabela 3: Izvajanje diagnostično-terapevtskih posegov in zdravstveno negovalne intervencije pri stanovalcih v zadnjih dveh dneh življenja

<i>Diagnostično-terapevtski posegi</i>	<i>N (N = 20)</i>	<i>Zdr. neg. intervencije</i>	<i>N (N = 20)</i>
merjenje vitalnih funkcij (3-krat/dan)	17	Izvajanje osebne higiene	20
aplikacija zdravil, intravenozno	3	<i>Vnos hrane</i>	
aplikacija zdravil, intramuskularno	2	preko ust ni možen	10
aplikacija zdravil, subkutano	13	nazogastrična sonda	3
kontinuirana aplikacija kisika (oksigenerator)	9	gastrostoma	1
aspiracija dihalnih poti (po potrebi)	5	i.v. infuzija (1000 ml/24 h)	1
terapevtske inhalacije	2	<i>Vnos tekočin</i>	
merjenje krvnega sladkorja (3-krat/dan)	1	preko ust ni možen	7
klistir	1	hipodermokliza (500 ml)	9
odvzem urina za preiskave	1	Obračanje / 4 h	19

N = število umrlih stanovalcev, vključenih v PO

V tabeli 4, pa so prikazani simptomi oz. znaki, ki so bili pri stanovalcih prisotni v zadnjih

dveh dneh življenja. Večinoma so bili negibljivi in inkontinentni za urin in blato, 16 jih je imelo motnje zavesti, 12 motnje dihanja ter 7 bolečine in razjede zaradi pritiska, kljub uporabi pripomočkov za preprečevanje in zdravljenje.

Tabela 4: Simptomi/znaki in predpisana zdravila pri stanovalcih, vključenih v PO

<i>Simptomi /znaki</i>	<i>N (N = 20)</i>	<i>Zdravila</i>	<i>N (N = 20)</i>
Bolečina	7	analgetiki	19
Težko dihanje	12	psiholeptiki/sedativi	15
Slabost in bruhanje	4	protivnetna zdravila in antirevmatiki	1
<i>Motnje zavesti in delirij</i>		zdravila za bolezni prebavil in presnove	7
somnolenca	6	antibiotiki	4
sopor	9	antitrombotiki	4
delirij	1	zdravila za bolezni dihal	3
<i>Gibljivost</i>		zdravila za bolezni srca in žilja	1
delno gibljiv	1	odvajala	5
negibljiv	19	antidiabetiki	1
Inkontinenca urina in blata	19	diuretiki	1
Razjeda zaradi pritiska	7		

N = število umrlih stanovalcev, vključenih v PO

4 Razprava

Malo je raziskav o izkušnjah umiranja stanovalcev v domovih starejših občanov (Kinley idr., 2014), zato smo z raziskavo želeli prikazati kakšna je kakovost umiranja v domu starejših občanov in v kolikšni meri na to vpliva paliativna oskrba. Z vpogledom v zdravstvenonegovalno dokumentacijo, v zadnjih dveh dneh življenja smo na osnovi direktnih vzrokov smrti in sočasnih bolezni, diagnostično-terapevtskih posegov, zdravstveno negovalnih intervencij, prisotnih fizičnih in psiholoških simptomov, predpisanih zdravil ter izvajanja paliativnega pristopa ugotovili, da je v domu starejših občanov v enem letu umrlo večje število starih ljudi, več žensk kot moških, s kroničnimi nerakavimi boleznimi. Te ugotovitve se ujemajo z napovednimi znaki smrti v negovalnih domovih, ki so jih raziskovali v Ameriki, v državi Missouri (Porrock idr., 2005) in na Švedskem (Wallerstedt idr., 2012). V domu je največ umrlih stanovalcev živelo manj kot tri leta, njihovo stanje zmogljivosti je bilo zelo slabo, s prisotnimi znaki težkega dihanja, motnjami zavesti in bolečinami v zadnjih dveh dneh življenja, kar opisujejo tudi Brandt idr. (2006), na primeru umiranja stanovalcev v negovalnih domovih na Nizozemskem. Nasprotno, pa Handley idr. (2014) ugotavljajo, da čas, ki ga stanovalec preživi v domu, stanje zmogljivosti ali epizode poslabšanja

bolezni, niso nujno kazalci bližnje smrti. Vzrok za tako nasprotujoče ugotovitve, je morda v izvajanju paliativnega pristopa pri stanovalcih doma, saj je bila raziskava na Nizozemskem narejena pred leti, ko se je z vključevanjem v paliativno oskrbo v domovih šele začelo, tako kot se začenja tudi sedaj v Sloveniji.

Skrb za osnovne potrebe umirajočega, kot je zagotavljanje udobja, lajšanja bolečin, osebne higiene, obvladovanje simptomov ter zagotavljanje prehranjevanja in uživanja tekočin, je pri stanovalcih, ki so bili vključeni v paliativno oskrbo po odločitvi domačega zdravnika in privolitvi nekaterih svojcev, potekala do smrti. V nasprotju s paliativno oskrbo je bilo hranjenje in pitje, saj je le to neučinkovito v zadnjih dneh življenja in umirajočim povzroča celo dodatne težave (Danis, 2015).

Pri pregledu zdravstvenonegovalnih intervencij pri umrlih stanovalcih, vključenih v paliativno oskrbo, smo ugotovili, da se umetno hranjenje v celoti ni ukinito, vendar se je zmanjšal vnos hrane in pijače, če niso čutili lakote in žeje. Za večje udobje je bilo pri umrlih stanovalcih, ki niso bili sposobni piti, poskrbljeno za vlaženje ust ter vnos tekočin v podkožje, ki je učinkovit način rehidracije in najmanj invaziven način (Danis, 2015).

Ob izvajanju zdravstvenonegovalnih intervencij pri umirajočem stanovalcu se spremljajo vsa odstopanja, ki bi lahko otežila proces umiranja, npr. neučinkovito lajšanje dihanja, bolečine, sprememba stanja zavesti, nesposobnost hranjenja in pitja, gibanja, prejetja zdravil, ki povzročajo dodatne neželene učinke, saj je paliativna oskrba najbolj pomemben element oskrbe v domovih starejših občanov (Emilsdottir in Gustafsdottir, 2011). Pri pregledu dokumentacije stanovalcev v zadnjih dveh dneh življenja smo ugotovili, da so imeli še vedno neprimerno lajšano bolečino, kljub predpisanim analgetikom in sedativom. Pri njih se je izvajalo zdravljenje s kisikom, umetnim hranjenjem in pitjem ter z zdravili za vzdrževanje sočasnih bolezni, ki so bile pri njih prisotne v velikem številu. Z obračanjem v intervalih, se je kljub znakom umiranja pri stanovalcih v zadnjih dveh dneh življenja ter uporabi pripomočkov za preprečevanje ran zaradi pritiska, nadaljevalo do njihove smrti. V opazovanem domu, razen enkratnega izobraževanja o možnostih izvajanja paliativne oskrbe, dokumentiranja o potrebi po paliativni oskrbi stanovalca s strani zdravnika in diplomirane medicinske sestre, ni bilo narejeno nič drugega. V nasprotju s tem, pa so v Angliji z uvedbo standardov za kakovostno umiranje v domovih starejših občanov, poskušali zmanjšati medikalizacijo in morebitno posledično hospitalizacijo (Johnson, Attre, Jones, Gamal in Garbutt, 2013). Ob enem, so izpostavili tudi pomen vnaprejšnjega planiranja oskrbe oz. izražanje vnaprejšnje volje pacienta, kar se pri prikazanem primeru stanovalcev ni izvajalo. Retrospektivna analiza, ki smo jo uporabili ima določene omejitve glede časa opazovanja, ki smo si ga zastavili, ker je bila dokumentacija umrlih stanovalcev dostopna samo za enoletno obdobje in prav tako samo za en dom starejših občanov. Drugače pa je bil to dom, kjer si zaposleni prizadevajo izboljšati oskrbo stanovalcev v času umiranja in smrti, ne ve pa se, koliko je domov, ki bi bili še pripravljene sodelovati. Slabost te metode je tudi ta, da so zapisi v zdravstvenonegovalni dokumentaciji ponavadi skromni. Analize prizadetosti umrlih stanovalcev so bile lahko samo opisne, zdravstvenonegovalne intervencije, pa pogosto niso bile zabeležene. Kljub kratkemu

opazovalnemu času in majhnemu številu stanovalcev doma starejših občanov, ki so bili deležni enotne zdravstvene oskrbe v zadnjih dveh dneh življenja, se odražajo pomembne informacije za vzorec izvajanja paliativne oskrbe v domu starejših občanov, v času precejšnjih sprememb.

5 Zaključek

V institucionalnih oblikah varstva starejših občanov se soočajo z vse težjimi bolezenskimi stanji stanovalcev, hkrati s tem pa se večja potreba po paliativni oskrbi, ki prispeva k boljši kakovosti življenja neozdravljivo bolnih in njihovih svojcev, predvsem v zadnjih dneh življenja. Rezultati raziskave ponujajo vpogled v oskrbo v času umiranja stanovalcev v domu starejših občanov v Sloveniji.

Oskrba v zadnjih dneh življenja za starejše ljudi, ki živijo in umirajo v domovih starejših občanov, ne more biti kakovostna brez zagotavljanja zdravstvene nege na tem mestu. V zvezi s tem, pa je precej nejasnosti okrog tega, kdaj in kako govoriti o koncu življenja, kako prepoznati, če je oseba umirajoča in kako se dogovarjati o odločanju glede oskrbe in zdravljenja. Ko je nekdo prepoznani kot umirajoči, je potrebno strukturirano ocenjevanje in integrirano delovanje oz. podpora specialistov paliativne oskrbe v zadnjih dneh življenja. Glede tega so bili omejeni tudi umrli stanovalci doma, pri katerih se je izvajala paliativna oskrba v »izolaciji«, kar pa ne omogoča, da so njihove fizične, socialne, psihične in duhovne potrebe zagotovljene. Zaradi tega je potrebno ugotoviti kakšno zdravstveno nego potrebujejo stanovalci v domovih starejših občanov v Sloveniji. Prav tako je potrebno, da se v domovih zagotavlja zdravstvenim delavcem obvezno izobraževanje in usposabljanje, čeprav samo izobraževanje ni dovolj za uspešno spreminjanje prakse. Delovno okolje, sistemi in kultura se morajo prav tako spremeniti, da bodo lahko v podporo paliativnim načelom osebno naravnane oskrbe v zadnjih dneh življenja, starejših stanovalcev doma starejših občanov.

LITERATURA

1. Badger, F., Thomas, K. in Clifford, C. (2007). Raising standards for elderly people dying in care homes. *European Journal of Palliative Care*, 14 (6), 238–241.
2. Brandt, H. E., Ooms, M. E., Deliëns, L., van der Wal, G. in Ribbe, M. W. (2006). The last two days of life of nursing home patients – a nationwide study on causes of death and burdensome symptoms in the Netherlands. *Palliative Medicine*, 20 (5), 533–540.
3. Danis, M. (2015). Stopping artificial nutrition and hydration at the end of life. Pridobljeno 1. 9. 2016, s <http://www.uptodate.com>.
4. Državni program paliativne oskrbe (2010). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. pridobljeno 1. 6. 2016, s <http://www.mz.gov.si/>.
5. Emilsdottir, A. L. in Gustafsdottir, M. (2011). End of life in an Icelandic nursing home: an ethnographic study. *International Journal of Palliative Nursing*, 17 (8), 405–411.
6. Finucane, A. M., Stevenson, B., Moyes, R., Oxenham, D. in Murray, S. A. (2013). Improving end-of-life care in nursing homes: Implementation and evaluation of an intervention to sustain quality of care. *Palliative Medicine*, 27 (8), 772–778.

7. Fromberg Gorlen, T., Gorlen, T. in Asbjørn Neergaard, M. (2013). Death in nursing homes: a danish qualitative study. *International Journal of Palliative Nursing*, 19 (5), 236–242.
8. Genorio, B. in Zajec, K. (2014). Analiza družinskih pogovorov v Domu starejših občanov Fužine, Ljubljana. V U. Lunder (ur.), *Paliativna oskrba: vnaprejšnje načrtovanje oskrbe v praksi: zbornik* (str. 49–54). Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo.
9. Habjanič, A., Saarnio, R., Elo, S., Mičetić Turk, D. in Isola, A. (2012). Challenges for institutional elder care in Slovenian nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (17–18), 2579–2589.
10. Handley, M., Goodman, C., Froggatt, K., Mathie, E., Gage, H., Manthorpe, J. idr. (2014). Living and dying: responsibility for end-of-life care in care homes without on-site nursing provision – prospective study. *Health and Social Care in the Community*, 22 (1), 22–29.
11. Hanson, L. C., Reynolds, K. S., Henderson, M. in Pickard, C. G. (2005). A quality improvement intervention to increase palliative care in nursing homes. *Journal of Palliative Medicine*, 8 (3), 576–584.
12. Hockley, J., Watson, J., Oxenham, D. in Murray, S. A. (2010). The integrated implementation of two end-of-life care tools in nursing care homes in the UK: an in-depth evaluation. *Palliative Medicine*, 24 (8), 828–838.
13. Johnson, M., Attree, M., Jones, I., Gamal, E. A. in Garbutt, D. (2013). Diagnosis, prognosis and awareness of dying in nursing homes: towards the Gold Standard? *International Journal of Older People Nursing*, 9 (2), 95–105.
14. Jonsson, A., Bernhoft, I., Bernhardsson, K. in Jonsson, P. V. (2005). Retrospective analysis of health variables in a Reykjavik nursing home 1983-2002. *Laeknabladid*, 91 (2), 153–160.
15. Kinley, J. in Hockley, J. (2012). Managing symptoms for frail older people at the end of life. *Nursing & Residential Care*, 14 (2), 82–85.
16. Kinley, J., Hockley, J., Stone, J., Dewey, M., Hansford, P., Stewart, R. idr. (2014). The provision of care for residents dying in UK nursing care homes. *Age and Ageing*, 43 (3), 375–379.
17. Porock, D., Parker Oliver, D., Zweig, S., Rantz, M., Mehr, D., Madsen, R. idr. (2005). Predicting death in the nursing home: development and validation of the 6-month minimum data set mortality risk index. *The Gerontological Society of America*, 60A (4), 491–498.
18. Reid, L., Snowden, A. in Kydd, A. (2012). An exploration of palliative care provision in Scottish care homes. *British Journal of Nursing*, 21 (1), 8–15.
19. Splošno o domovih in posebnih zavodih (2016). Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije. Pridobljeno 1. 6. 2016, s <http://www.ssz-slo.si/splosno-o-domovih-in-posebnih-zavodih>.
20. Steves, C. J., Schiff, R. in Martin, F. C. (2009). Geriatrics and care homes: perspectives from geriatric medicine departments and primary care trusts. *Clinical Medicine*, 9 (6), 528–533.
21. Van Beek, K., Woitha, K., Ahmed, N., Menten, J., Jaspers, B., Engels, Y. idr. (2013). Comparison of legislation, regulations and national health strategies for palliative care in seven European countries (results from the Europall research group): a descriptive study. *BioMed Central Health Services Research*, 13, 275.
22. Vodišek Razboršek, V., Prtenjak, B., Klobčar, M. in Ramovš, J. (2016). Ubrana vodstvena ekipa doma starejših Šentjur prenavlja koncept. *Kakovostna starost*, 19 (1), 69–86.
23. Waldrop, P. D. in Kirkendall, M. A. (2009). Comfort measures: a qualitative study of nursing home-based end-of-life care. *Journal of Palliative Medicine*, 12 (8), 719–724.
24. Wallerstedt, B., Sahlberg-Blom, E., Benzein, E. in Andershed, B. (2012). Identification and documentation of persons being in palliative phase regardless of age, diagnosis and places of care, and their use of a sitting service at the end of life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 561–568.
25. Zakon o pacientovih pravicah (2008). Uradni list RS, št. 15.

Senzibiliziranost stanovništva ruralnoga područja o značajnosti preventivnih mjera kod raka dojke

UDK 618.19-006(1-22)

KLJUČNE RIJEČI: rak dojke, samopregled, mamografija, prevencija

POVZETEK - Rak dojke je najčešći zloćudni tumor i vodeći uzrok smrti kod žena te time predstavlja sve značajniji javnozdravstveni problem. Svrha ovoga istraživanja jest identificirati utjecaj sociodemografskih karakteristika ispitanica na primjenu preventivnih mjera kod raka dojke. U istraživanje je slučajnim odabirom uključeno 213 ispitanice različite životne dobi iz Općine Vidovec. Istraživanje je provedeno početkom prosinca 2015. do kraja veljače 2016. godine. Rezultati istraživanja pokazali su da ispitanice starije životne dobi i ispitanice s višim stupnjem obrazovanja su senzibiliziranije na važnost odaziva redovitim preventivnim pregledima (mamografija) u odnosu na ispitanice mlađe životne dobi. Međutim, kada je riječ o samopregledu dojke kao jednoj od najdostupnijih mjera prevencije raka dojke, istraživanje je pokazalo da starije i mlađe ispitanice kao i one s višim i nižim stupnjem obrazovanja podjednako ne poznaju i ne primjenjuju ovaj oblik prevencije. Rezultati ovog istraživanja ukazali su na značajnost edukacije stanovništva svih dobnih skupina, kako bi ih se senzibiliziralo i potaknulo na primjenu preventivnih mjera putem samopregleda i mamografije.

UDC 618.19-006(1-22)

KEY WORDS: breast cancer, self-examination, mammography, prevention

ABSTRACT - Breast cancer is the most common malignancy and the leading cause of death in women, and therefore represents an increasingly important public health issue. The aim of this study is to identify the influence of socio-demographic characteristics of the respondents on the implementation of preventative measures for breast cancer. The study included 213 randomly selected women of different age from the municipality of Vidovec. The survey was conducted from early December 2015 until the end of February 2016. The results demonstrate that older and highly educated respondents are more aware of the importance of responding to regular preventive examinations (mammography) than younger women. However, when it comes to breast self-examination as one of the most accessible measures of breast cancer prevention, the study has shown that older and younger respondents, as well as those with higher and lower education alike, are not familiar and do not apply this form of prevention. The study results highlight the importance of educating the population of all ages, in order to sensitise and encourage them to take preventative measures through self-examination and mammography.

1 Teoretična izhodišća

Svojom učestalošću i smrtnošću te velikim brojem etioloških nepoznanica rak dojke je izazov za suvremenu epidemiologiju te značajan zdravstveni problem stanovništva u mnogim zemljama svijeta (Šamija, 2007). Rak dojke je najučestalija maligna bolest u žena, od koje obolijeva svaka od 16 žena, a najčešće u dobi nakon 45 godina (Mojsović, 2007). Prema podacima Registra za rak Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ, 2008) u Hrvatskoj od raka dojke obole godišnje 2473 žene, incidencija je 107,4 na 100.000 stanovnika, a umre 900 žena. Pored velike zastupljenosti i stalnog porasta novooboljelih od raka dojke, žene s ovim oboljenjem su jedna od najvećih grupa unutar populacije oboljelih od raka s petogodišnjim preživljavanjem (Pahljina-Rei-

nić, 2004). Gledano unutar oba spola za 2012. žene oboljele od raka dojke najbrojnija su skupina oboljela od raka, ukupno 2227, a slijede muškarci oboljeli od raka traheje, bronha i pluća, ukupno 2046 (Vukota i Mužinić, 2015.), stoga rak dojke predstavlja ne samo javnozdravstveni već i socijalni problem. U cilju postizanja maksimalnih rezultata dijagnosticiranja i liječenja bolesnica s rakom, posljednjih desetljeća se u Europi i u razvijenim zemljama svijeta ulažu brojni naponi u osmišljavanju organizacije skrbi za bolesnice oboljele od raka dojke (Vrdoljak, Boban i Ban, 2011). Kao primjer dobre prakse u Hrvatskoj valja istaknuti djelovanje Udruge Sve za Nju koja u Hrvatskoj djeluje od 2008., a od 2010. kroz Centar za psihološku pomoć ženama oboljelim od raka pruža stručnu psihološku pomoć ženama i njihovim obiteljima (Vrdoljak, Boban i Ban, 2011). Naime, udruge čine važnu kariku ne samo u liječenju već i prevenciji nastanka bolesti (Azenha idr., 2011). Da bi se smanjila pobol i smrtnost od raka, provode se Nacionalni preventivni programi ranog otkrivanja raka dojke, kojim su obuhvaćene sve žene u Republici u Hrvatskoj u dobi od 50-69 godina (Šamija, 2007).

2 Metoda

2.1 Instrument

Kao metoda korišten je standardizirana anketa koja sadrži 14 pitanja i tvrdnji, a odabrana je za ovo istraživanje upravo zbog svoje jednostavnosti i razumljivosti široj populaciji različitog obrazovanja.

2.2 Uzorak

Za potrebe istraživanja provedena je anketa na uzorku od 213 osoba ženskog spola, različite životne dobi (tabela 1). U tabeli 2 prikazani su ispitanice s obzirom na stupanj obrazovanja.

Tabela 1: Prikaz ispitanika s obzirom na dob, broj i postotak

<i>Dob (u god.)</i>	<i>Broj anketiranih</i>	<i>%</i>
Do 25	30	14,08
26-35	45	21,13
36-45	35	16,43
46-55	43	20,19
56 i više	60	28,17
Ukupno	213	100

Vir: Anketni upitnik, 2015.

Iz table 1 vidimo da je najviše ispitanica (28,17 %) u dobi iznad 56 godina, a najmanje ispitanica (14,8 %) ispod 25 godina starosti.

Tabela 2: Ispitane osobe prema stupnju obrazovanja

<i>Stupanj obrazovanja</i>	<i>Broj ispitanih</i>
Osnovna škola	31
Srednja škola	117
Viša škola	44
Visoka škola	21
Ukupno	213

Vir: Anketni upitnik, 2015.

Iz tabele 2 vidimo da najveći broj ispitanica (117) ima obrazovanje na razini srednje škole, a najmanje ispitanica (21) ima visoku razinu obrazovanja.

2.3 Hipoteza

Postavljena je sljedeća radna hipoteza:

H1: postoji pozitivna veza utjecaja sociodemografskih karakteristika ispitanih žena (dob i spol) sa sviješću stavova i znanja o mogućnostima prevencije raka dojke.

3 Rezultati

Tabela 3: Prikaz odgovora na pitanje: Jeli rak dojke nasljedna bolest?

<i>Pitanje: Jeli rak dojke nasljedna bolest?</i>	<i>Broj odgovora</i>
Da	140
Ne	27
Ne znam	46
Ukupno	213

Vir: Anketni upitnik, 2015.

Na pitanje da li je po mišljenju anketiranih rak dojke nasljedna bolest dobili smo različite odgovore, odnosno 140 ispitanica se slaže da je rak dojke nasljedna bolest, 27 ispitanica se ne slaže s tvrdnjom, 46 ispitanica ne zna odgovor.

Tabela 4: Prikaz odgovora ispitanica na pitanja znaju li učiniti pravilan samopregled dojki i koliko se često treba raditi samopregled dojki?

		<i>Koliko se često treba raditi samopregled dojki?</i>	<i>Broj odgovora</i>
<i>Znate li učiniti pravilan samopregled dojki?</i>	<i>Broj odgovora</i>	Svaki mjesec	81
Da	98	Svaki 6 mjeseci	23
Ne	115	Svaku godinu dana	41
<i>Ukupno</i>	213	Prema vlastitoj procjeni	68
		<i>Ukupno</i>	213

Vir: Anketni upitnik, 2015.

Iz tabele 4 vidimo da čak 115 ispitanica ne zna učiniti pravilan samopregled dojki, samo 83 ispitanice navode da se samopregled dojki treba činiti svaki mjesec, 23 ispitanice navode svakih 6 mjeseci, 41 ispitanica svaku godinu dana, a 68 ispitanica navodi da se samopregled vrši prema vlastitoj procjeni.

Tabela 5: Prikaz odgovora ispitanika na pitanje: Jeste li se odazvali pozivu za mamografiju u okviru Nacionalnog programa za rano otkrivanje raka dojke u Hrvatskoj

<i>Jeste li se odazvali pozivu za mamografiju u okviru Nacionalnog programa za rano otkrivanje raka dojke u Hrvatskoj ?</i>	<i>Broj odgovora</i>
Da	65
Ne	38
Nisam dobila poziv	110
Ukupno	213

Vir: Anketni upitnik, 2015.

Iz tabele 5 vidimo da se 65 ispitanica odazvalo pozivu na mamografiju, 38 ispitanica se nije odzvalo, a 110 ispitanica nije dobilo poziv.

Tabela 6: Prikaz odgovora ispitanica na pitanja koja se odnose na znanja o prevenciji i liječenju karcinoma dojke.

<i>Pitanje</i>	<i>Broj odgovora</i>
<i>Smatrate li da psihološka pomoć oboljelim ženama treba biti dio liječenja ?</i>	
Da	211
Ne	2
Ukupno	213
<i>Smatrate li da su žene u Hrvatskoj dovoljno i kvalitetno informirane o raku dojke i prevenciji ?</i>	
Da	163
Ne	50
Ukupno	213
<i>Mislite li da biste više trebali učiniti za očuvanje svojeg zdravlja i prevenciju bolesti ?</i>	
Da	208
Ne	5
Ukupno	213
<i>Dali biste rado htjeli sudjelovati na edukacijskom predavanju i radionicama kako biste znali napraviti dobar samopregled dojki?</i>	
Da	170
Ne	43
Ukupno	213

Vir: Anketni upitnik, 2015.

U tabeli 6 ponuđeni su odgovori »DA« ili »NE«. Prema rezultatima ankete želimo utvrditi da li postoji veza utjecaja sociodemografskih osobina ispitanih žena (dob i obrazovanje) sa sviješću stavovima i znanjima o mogućnostima prevencije raka dojke.

Ako usporedimo ispitanice prema dobi i prema njihovim odgovorima na pitanje »Jeste li se odazvali pozivu za mamografiju u okviru Nacionalnog programa za rano otkrivanje raka dojke u Hrvatskoj?« pokušati ćemo utvrditi da li dob (starost) osobe utječe

na veće posvećivanje pažnje redovnim mamografskim pregledima (tabela 7). Odabrali smo korelaciju ranga i koristeći program MS Excela izračunat ćemo Spearmanov koeficijent korelacije ranga (tabela 8).

Tabela 7: Prikaz kodiranja starosti

<i>Dob (godine starosti)</i>	<i>Kod</i>
56 i više	1.
46-55	2.
36-45	3.
26-35	4.
Do 26	5.

Vir: Anketni upitnik, 2015.

Tabela 8: Prikaz izračuna Spearmanovog koeficijenta korelacije

<i>Bin</i>	<i>Frequency</i>	<i>Cumulative</i>	
1	60	213,00	
2	43	153,00	
3	35	110,00	
4	45	75,00	
5	30	30,00	
a	65	213,00	
b	110	148,00	
c	38	38,00	
	Correl.	Spearman	0,63

Vir: Anketni upitnik, 2015.

U tabeli 8 Spearmanov koeficijent korelacije ranga pokazuje da postoji korelacija srednje jačine između starosti žena i redovnom odazivu na preglede, pa zaključujemo da su osobe starije dobi svjesnije potreba redovne prevencije raka dojke putem mamografskih pregleda, od onih mlađe dobi. (Kod a označava odgovor da, nisam dobila poziv označava kod b, a odgovor ne označava kod c.) Istom metodom pokušat ćemo utvrditi povezanost stupnja obrazovanja i odaziva na preglede (tabela 9).

Tabela 9: Prikaz kodiranja stupnja obrazovanja

<i>Dob (godine starosti)</i>	<i>Kod</i>
Visoka škola	1.
Viša škola	2.
Srednja škola	3.
Osnovna škola	4.

Vir: Anketni upitnik, 2015.

Odgovore na pitanje »Jeste li se odazvali pozivu za mamografiju u okviru Nacionalnog programa za rano otkrivanje raka dojke u Hrvatskoj« kodirali smo na sljedeći način (tabela 10): (Kod a označava odgovor da, nisam dobila poziv označava kod b, a odgovor ne označava kod c).

Tabela 10: Prikaz kodiranja odgovor na pitanje: Jeste li se odazvali pozivu na mamografiju u okviru Nacionalnog program za rano otkrivanje raka dojke u Hrvatskoj?

Bin	Frequency	Cumulative	
1	21	213,00	
2	44	192,00	
3	117	148,00	
4	31	31,00	
a	65	213,00	
b	110	148,00	
c	38	38,00	
	Correl.	Spearman	0,77

Vir: Anketni upitnik, 2015.

Iz tabele 10 vidimo da koeficijent korelacije ranga iznosi 0,77, što znači da je nešto veći nego u prošlom slučaju, a kako je i ovdje riječ o pozitivnoj korelaciji srednje jačine možemo zaključiti da su osobe višeg stupnja obrazovanja nešto svjesnije od onih nižeg stupnja o potrebi posvećivanja veće pažnje prevenciji raka dojke.

4 Razprava

U Hrvatskoj postoji program ranog otkrivanja raka dojke, u sklopu kojeg se žene u dobi od 50 do 69 godina svake druge godine pozivaju na mamografski pregled. Taj se pregled provodi svake 2-3 godine, uz praćenje osoba s pozitivnim ili suspektnim nalazima (Šamija, 2007).

Istraživanje koje smo proveli je pokazalo (tabela 4) da čak 115 ispitanica ne zna učiniti pravilan samopregled dojki, samo 83 ispitanika navode da se samopregled dojki treba činiti svaki mjesec, 23 ispitanika navode svakih 6 mjeseci, 41 ispitanica svaku godinu dana, a 68 ispitanica navodi da se samopregled vrši prema vlastitoj procjeni. Navedeni podaci govore u prilog da ispitanice nisu dovoljno educirane o značajnosti redovitog samopregleda dojki. Međutim, korelirajući dob i obrazovanje sa odazivom na preventivne preglede (tabela 7 i 8) vidimo da su starije i obrazovanije osobe nešto osvještenije o značaju preventivnih pregleda i samopregleda u odnosu na mlađe ispitanice i one s nižom razinom obrazovanja. Starenje populacije Hrvatske zahtijeva intenzivnija istraživanja o zdravstvenim problemima i potrebama starijih (Strnad, 2005). Rak je iza bolesti srca i krvnih žila najznačajniji uzrok smrti starijih osoba u razvijenim zemljama (Health On the Net Foundation). Istraživanja u SAD-u su pokazala da rak pogađa svaku osmu stariju osobu, a prema predviđanjima do 2030. godine biti će riječ o svakoj petoj osobi (Kanapaux, 2004).

Nadalje, iz tabele 6 vidimo da 170 ispitanica se slaže da bi željelo educirati u sklopu radionica za provedbu samopregleda dojki što će svakako koristiti za planiranje i provođenje edukativnih radionica među ispitanicama. Međutim, osim samopregleda dojki potreban je redoviti klinički pregled dojki kao i mamografija. Godišnji klinički pregled dojki preporučuje se posebice u starijih žena zbog toga što je zadebljanje u

dojci lakše otkriti kod starijih žena nego kod mlađih (Strnad, 2005). S obzirom da se zbog komorbiditeta i fizioloških procesa starenja organizma preživljenje oboljelih od raka s porastom dobi smanjuje, potrebno je provoditi još više istraživanja o prevenciji, dijagnosticanju i liječenju malignih oboljenja kako bi se očuvala kvaliteta života oboljelih osoba.

LITERATURA

1. Azenha, G., Bass, L. P., Caleffi, M., Smith, R., Pretorius, L., Durstine, A. and Perez, C. P. (2011). The role of breast cancer civil society in different resource settings. *Breast*, 2, 81–87.
2. Health On the Net Foundation: Aging dossier – Ageingrelated diseases. Pridobljeno 20. 4. 2015, s <http://www.hon.ch/Dossier/Ageing/part3.html>.
3. Kanapaux, W. (2004). Oncologists, Geriatricians Team up to close research gaps on M Cancer Care. *Geriatric Times*. Pridobljeno 16. 7. 2016, s <http://www.geriatrictimes.com/g040603.html>.
4. Pahljina-Reinić, R. (2004). Psihosocijalna prilagodba na rak dojke. Pridobljeno 15. 9. 2016, s http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=19477.
5. Story anketa o raku dojke. Pridobljeno 19. 11. 2015, s <http://www.story.hr/kviz/rak-dojke-i-prevenција/>.
6. Strnad, M. (2005). Starija životna dob i rak. Pridobljeno 31. 9. 2015, s http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=29425.
7. Šamija, M., Juzbašić, S., Šeparović, V. i Vrdoljak, D. V. (2007). Tumori dojke. Zagreb: Medicinska naklada.
8. Vrdoljak, E., Boban, M. in Ban, M. (2011). Jesu li nam potrebni centri za rak dojke? Pridobljeno 12. 9. 2016, s <http://hrcak.srce.hr/77318>.
9. Vukota, Lj. in Mužinić, L. (2015). Sustavna psihološka i psihosocijalna podrška ženama oboljelima od raka dojke. Pridobljeno 11. 10. 2016, s http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=240162.
10. Zorka, M. (2007). Sestrinstvo u zajednici. Priručnik za studij sestrinstva – drugi dio, Korisnici u zajednici. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.

Podporne mreže mater z motnjo v duševnem razvoju

UDK 616.899-055

KLJUČNE BESEDE: materinstvo, duševne motnje, podporne mreže, družbeni odnosi

POVZETEK - Ženske z motnjo v duševnem razvoju so vedno imele otroke, s sodobnimi procesi vključevanja v večinsko družbo jih ima otroke čedalje več. Namen raziskave je osvetliti razmere in pogoje, v katerih ženske z motnjo v duševnem razvoju živijo svoje materinstvo v Sloveniji, ter opozoriti na potrebo po vzpostavitvi strokovne podpore. Uporabljena je bila kvalitativna metodologija in poglobljeni intervjuji z 12 mamami z motnjo v duševnem razvoju in so vključene v slovenske varstveno-delovne centre. Eno od osrednjih raziskovalnih vprašanj je bilo: kako dobro razvite podporne mreže pozitivno vplivajo na kakovost materinstva. Izsledki kvalitativne raziskave kažejo na to, da velikost in sestava podpornih mrež vplivata na uspešnost skrbi za otroke. Materinstvo ne poteka v izolaciji, mame svoje materinske naloge delno razdelijo ljudem, ki jih imajo v svojih podpornih mrežah. Mame, ki imajo dobro razvite podporne mreže, lahko dovolj dobro skrbijo za svoje otroke in živijo skupaj z njimi.

UDC 616.899-055

KEY WORDS: motherhood, women with intellectual disabilities, support networks, social relations, support

ABSTRACT - Women with intellectual disabilities have always had children, and with the modern processes of integration into the mainstream society, more and more people with intellectual disabilities decide to have children. The purpose of this research is to shed light on the circumstances and conditions in which women with intellectual disabilities experience their motherhood in Slovenia, and to bring attention to the need of establishing professional support for them. We used qualitative methodology and performed 12 in-depth interviews with mothers included in Slovenian institutions for people with intellectual disabilities. One of the main research questions was: how do well-developed support networks positively impact the quality of motherhood? The results of the research show that the size and organisation of the support networks have a major impact on the quality of motherhood. Motherhood is not conducted in isolation, mothers with intellectual disabilities distribute their mothering activities among the support persons in their support networks. Mothers with a well-developed support network, are able to adequately care for their children and live with them.

1 Teoretična izhodišča

V prispevku je predstavljena raziskava, ki je v celoti objavljena v doktorski disertaciji (Ceglar, 2015). Raziskava obravnava pomen materinstva žensk z motnjo v duševnem razvoju v Sloveniji in analizira uspešne oblike podpore v tem procesu. Ob pojavu ali zgolj omembi možnosti materinstva žensk z motnjo v duševnem razvoju se običajno pri ljudeh vzbudi strah za dobrobit otroka in močan vzgib, da je otroka potrebno zaščititi (May in Murray, 2003). To ni povezano le z naravo motnje v duševnem razvoju, ampak izvira iz tradicionalnih prepričanj, češ, da gre za osebe, ki ne morejo biti matere, saj ne morejo zadovoljivo skrbeti niti zase niti za odvisno osebo (McCarthy, 1999). Vendar pa so ženske z motnjo v duševnem razvoju vedno imele otroke, v različnih družbeno zgodovinskih kontekstih pa se je družba na to različno odzivala. V sodobnem času ima po ekonomsko razvitih državah otroke vse več žensk z motnjo v duševnem razvoju, kar je povezano s sodobnimi družbenimi pogledi na to, kaj pomeni biti odrasla oseba z

motnjo v duševnem razvoju (procesi dezinstucionalizacije, normalizacije, integracije v skupnost, destigmatizacije, družbenega gibanja za pravice ipd.) (Mayes, 2009). Podpora je lahko definirana kot emocionalne in materialne prednosti, ki jih ljudje pridobijo skozi odnose z drugimi ljudmi, kar vključuje občutke sprejetosti, pridobivanje informacij, materialno pomoč in pomoč za varstvo in nego otroka (Kroese idr., 2002). Podporne mreže zagotavljajo različne oblike podpor, kot so: materialna in praktična pomoč (na primer varstvo otrok in pomoč z oblačili, pohištvo), informacije in nasveti, emocionalna podpora (empatično poslušanje, tolažba ali opogumljanje) in pozitivne socialne interakcije oziroma druženje v prijetnih aktivnostih (Llewellyn in McConnell, 2002).

Da se materinstvo odvija v socialnih kontekstih in da materinske aktivnosti niso singularne aktivnosti posameznice, prepoznajo, v tujini opravljene, raziskave podpornih mrež (Ehlers-Flint, 2002). Na materinstvo se gleda kot na deljeno aktivnost, ki je distribuirana po materini podporni mreži (Kroese idr., 2002). Prav tako pomembno kot njene individualne značilnosti je to, kako razporeja naloge skrbi za otroka med druge ljudi (McConnell idr., 2008). Te raziskave so zaznamovane z večjim upoštevanjem družine, skupnosti in socialnega konteksta, v katerem starši z motnjo v duševnem razvoju in njihovi otroci živijo svoja vsakdanja življenja.

2 Metoda

Namen raziskave je bil, da so v njej zajete izkušnje mater z motnjo v duševnem razvoju v slovenskem prostoru in identificirane tiste oblike podpor, ki bistveno pripomorejo k uspehu materinstva. Cilj raziskave je bil identificirati in analizirati različne vire in oblike ter značilnosti podpor, katere matere z motnjo v duševnem razvoju sprejemajo kot koristne. Izvirni prispevek raziskave k razvoju ustreznega znanstvenega področja je bil osvetliti obravnavano tematiko v Sloveniji, gre namreč za prvo tovrstno raziskavo. V raziskavi je uporabljen interpretativni, kvalitativni pristop (Mesec, 1998; Merriam, 1998). Raziskava je eksploratorna oziroma preiskovalna. Ena od značilnosti kvalitativne metode je, da so vse perspektive enakovredne in vredne raziskovanja, zato je pogosto uporabljena tudi zato, da daje glas tistim skupinam ljudi, katerih glasovi so lahko preslišani (Beail in Williams, 2014). Bistveno je vključevanje ljudi z motnjo v duševnem razvoju v raziskavo, če želimo prepoznati vprašanja, ki so za njih najbolj pomembna (Hall, 2013). V raziskavi je bilo uporabljeno namensko vzorčenje (Kavčič, 2012). V raziskavo so bile vključene matere z motnjo v duševnem razvoju, ki so vključene v varstveno delovne centre (v nadaljevanju VDC) po Sloveniji. Za potrebe namenskega vzorčenja je bila v prvi fazi opravljena kvantitativna raziskava, s katero je bila pridobljena ocena o številu vključenih mater z motnjo v duševnem razvoju v slovenskih VDC-jih. Poklicani so bili predstavniki 35 VDC-jev, ki so takrat delovali v Sloveniji (18 samostojnih VDC-jev, 5 kot enote zavodov za usposabljanje in 12 VDC-jev s koncesijo). Vprašani so bili po tem, ali so v njihove ustanove vključene ženske z motnjo v duševnem razvoju, ki so mame. V primeru pozitivnega odgovora so jim bili poslani splošni vprašalniki za ustanovo in vprašalniki za mame.

V nadaljevanju so povzeti pridobljeni podatki oziroma rezultati. Uporabnic, ki imajo izkušnjo materinstva, v 14 ustanovah nimajo, v 21 pa jih imajo vključene. V raziskavo smo vključili 53 mam. Najmlajša mama je bila v času raziskovanja stara 24 let, najstarejša pa 69 let, povprečna starost je bila 45,12 let. Pri 38 mamah je razlog vključenosti v ustanovo motnja v duševnem razvoju, pri 13 je razlog vključenosti v ustanovo stanje po poškodbi glave, pri 2 pa razlog ni bil naveden. Opravilno sposobnost v celoti ima 36 mam, delno ohranjeno opravilno sposobnost ima 5 mam, 9 mam nima opravilne sposobnosti, pri 3 pa podatek ni bil naveden. V dnevno varstvo v ustanovah je vključenih 41 mam, 12 mam pa je vključenih v celodnevno varstvo v ustanovah, kar pomeni, da v ustanovah tudi bivajo. Po enega otroka ima 34 mam, 17 mam ima po dva otroka, 3 mame pa imajo po 3 otroke. Skupaj ima 53 mam 74 otrok, 38 od njih je fantov, 30 je deklet, pri 6 ni bilo podatka.

S pridobljenimi podatki je bil oblikovan namenski vzorec in hkrati je bilo utemeljeno, da je v Sloveniji prisoten fenomen materinstva žensk z motnjo v duševnem razvoju. Opravljena kvantitativna raziskava je poleg pridobljenih rezultatov omogočila tudi lažji dostop do udeleženk kasnejše kvalitativne raziskave. V kvalitativni raziskavi je bil uporabljen delno strukturiran intervju za pridobivanje podatkov. Raziskava je bila najprej predstavljena strokovnim delavkam v VDC-jih, ki so vprašale uporabnice, če so pripravljene na sodelovanje. Kasneje so intervjuvanke in njihovi zakoniti zastopniki prejeli pisno informacijo o raziskavi. Pred pričetkom intervjuja je bil z vsemi opravljen razgovor o sodelovanju v raziskavi in podpisano soglasje o sodelovanju (pri intervjuvankah brez opravilne sposobnosti so soglasje podpisali tudi zakoniti zastopniki). Informiran pristanek za sodelovanje v raziskavi je bil tekom intervjuvanja večkrat preverjen. Za delno strukturirane poglobljene intervjuje so bile vnaprej pripravljene teme, po sklopih. Intervjuji so bili izvedeni z 12 materami z motnjo v duševnem razvoju. Z vsako mamo so bila opravljena, od ena do tri srečanja, kjer je bilo srečanj več, so si sledila v nekaj tednih. 4 intervjuvanke živijo s svojimi otroci in partnerjem. 4 živijo s svojimi otroci pri starših ali sorodnikih. 1 živi z otrokom v instituciji. 1 živi sama, dve pa živijo v drugih oblikah, z otroci imata stike. Intervjuvanke so bile v času intervjuja stare od 25 do 68 let, imele so enega do dva otroka.

Podatki so bili analizirani s pomočjo kvalitativne analize vsebine (Neuendorf, 2002; Hsieh in Shannon, 2005; Elo in Kyngas, 2008). Opravljena je bila induktivna analiza vsebine, ker gre pri tej raziskavi za raziskovanje fenomena, ki v Sloveniji še ni bil raziskan. Posneti intervjuji so bili prepisani. Naslednja je faza organiziranja gradiva. Gre za odprto kodiranje, ustvarjanje kategorij in abstrakcijo. Pri odprtem kodiranju so bile pripisane kode (opombe in naslove) besedilu. Sledilo je združevanje v kategorije in v kategorije višjega reda. Sledilo je formuliranje splošnih opisov raziskovane teme skozi generacijo kategorij.

3 Rezultati

Izsledki na zastavljeno raziskovalno vprašanje, kako dobro razvite podporne mreže pozitivno vplivajo na kakovost materinjenja so predstavljeni v dveh sklopih. V prvem

je predstavljena podpora materam pri izvajanju aktivnosti, v kolikšni meri podporne mreže podpirajo žensko pri izvajanju materinskih aktivnosti, kakšna je sestava njihovih podpornih mrež in kakšni so viri podpor. V drugem sklopu je predstavljena podpora materam pri utrjevanju vloge mame, kakšna podpora v podpornih mrežah ženske opolnomoči in kaj jih ovira pri opravljanju njihovih materinskih nalog. Izkazalo se je, da ženske izbirajo člane svoje podporne mreže in da jim je vpliv in samostojnost izjemno pomembna. Podpora lahko mame z intelektualno oviro opolnomoči, lahko pa je usmerjena pretežno na njihove primanjkljaje.

3.1 Sestava podporne mreže

Intervjuvanke imajo različne vire podpor. Živijo v različnih družinskih skupnostih, nekatere živijo s svojim partnerjem, nekatere živijo s svojim otrokom pri svojih starših in nekatere živijo v drugih oblikah s svojim otrokom ali brez njega. Intervjuvanke, ki živijo s svojimi partnerji in s svojimi starši, so za pglavitne vire podpor navedle partnerje, svoje starše, partnerjeve starše, strokovne delavke iz VDC, strokovne delavke iz centrov za socialno delo, redko prijatelje. Intervjuvanke, ki živijo v drugih oblikah, so za pglavitne vire podpor navedle strokovne delavke iz VDC in centrov za socialno delo ter prijatelje. Intervjuvanke, ki živijo s svojimi partnerji in s svojimi starši, so navedle več raznolikih virov podpor kot intervjuvanke, ki živijo v drugih oblikah.

Tabela 1: Viri podpor intervjuvank glede na njihovo obliko bivanja

<i>viri</i>	<i>Partner</i>	<i>Njeni starši</i>	<i>Njegovi starši</i>	<i>VDC</i>	<i>CSD</i>	<i>Prijatelji</i>	<i>Drugo</i>
<i>Živijo s partnerjem in otroci</i>							
Interjuvanka 1	X	X		X	X	X	
Interjuvanka 2	X	X	X	X	X		
Interjuvanka 3	X	X		X			
Interjuvanka 4	X	X		X	X		Svakinja, sin
Interjuvanka 5	X	X	X	X			
<i>Živijo pri svojih starših s svojimi otroci</i>							
Interjuvanka 6		X				X	
Interjuvanka 7	X	X					Gospa, pri kateri dela
Interjuvanka 8	X	X		X		X	Partnerjeva sestra
Interjuvanka 9							Sestra in njen partner
<i>Druge oblike bivanja (v ustanovi, v drugi družini, sama)</i>							
Interjuvanka 10				X	X		Rejniška družina
Interjuvanka 11							Druga družina
Interjuvanka 12	X			X	X		

Vir: Lastna raziskava, 2015.

3.2 Viri podpor

Podpora s strani partnerja je za tiste intervjuvanke, ki so sedaj v partnerskem odnosu, zelo pomembna in so jo opisovale na pretežno pozitiven način. V nadaljevanju je naveden izsek iz enega intervjuja.

Intervjuvanka: Največ zaupanja imam v mami, ker smo tudi lepo povezane.

Irena: Še v koga drugega?

Intervjuvanka: Že bolj težko, (ime partnerja) bolj srednja varianta, on manj meni pomaga kot jaz njemu, jaz moram njemu več, prej, ko so bili tolarji, se je bolj spoznal na denar, zdaj ko so evri, ne ve, kaj to pomeni, pa ono pa drugo pa tretje, tako, da jaz več pomagam kot pa on meni.

Podpora s strani staršev in sorodnikov intervjuvank je bila v intervjujih za večino intervjuvank opisana kot najbolj pomembna. Vse intervjuvanke, ki imajo zagotovljeno stalno podporo s strani sorodnikov, živijo s svojimi otroci. Podpora s strani sorodnikov je v obliki pomoči pri dnevnih opravilih, kot so na primer: varstvo otrok, kuhanje, prevozi, nakupovanje, organiziranje in načrtovanje družinskega življenja, ravnanje v nujnih situacijah (ko otrok zboli). Sorodniki so pri nekaterih tudi vir dodatne materialne pomoči, kot so na primer: pomoč z dodatnimi finančnimi sredstvi; opremljanje bivalnih prostorov; nakupovanje oblačil in obutve. Sorodniki so pri nekaterih pomemben vir informiranja, dajanja nasvetov in pomemben vir emocionalne podpore ter priložnosti za druženje. Pri nekaterih se sorodniki vključujejo v upravljanje z denarjem, urejanje dokumentov, komuniciranje z zdravniki, vrtci, šolami in centrom za socialno delo. Obseg in oblika podpor s strani sorodnikov so pri intervjuvankah različne.

Strokovne delavke iz VDC so pomemben vir podpore, ki jo intervjuvanke označujejo za pozitivno. Z njimi se intervjuvanke dnevno srečujejo. Gre za odnos, ki je dalj časa trajajoč in stalen. Intervjuvanke so navajale, da jim strokovne delavke svetujejo, jim dajejo informacije, se z njimi pogovarjajo in jim nudijo emocionalno podporo, občasno jim pomagajo z izpolnjevanjem kakšnih uradnih formularjev, jim pomagajo z materialnimi dobrinami (oblačila, pohištvo), organizirajo obiskovanje različnih aktivnosti, otroci jih obiskujejo v VDC, spremljajo jih k zdravnikom in podobno. Večina intervjuvank njihovo podporo sprejema za osebno podporo in je opisujejo kot bolj usmerjeno na njih kot pa na podporo, ki bi bila v prvi vrsti namenjena dobrobiti njihovih otrok.

3.3 Podpora pri utrjevanju vloge mame

Podporne mreže niso pomembne le iz vidika razporeditve opravljanja nalog in aktivnosti, ki so povezane s skrbjo za otroka na več ljudi. Njihova vloga je tudi v tem, kako potrjujejo žensko z intelektualno oviro v njeni materinski identiteti.

Več intervjuvank je vplivalo na sestavo svojih podpornih mrež. Večina intervjuvank je aktivno izbirala, kdo je v njihove podporne mreže vključen in kdo ne. Aktivno so presojale in izbirale, kdo je tisti, ki bo sodeloval pri aktivnostih, povezanih z njihovim otrokom. Nekatere so aktivno posegle v podporne mreže in odklonile nekatere člane podpornih mrež, pri nekaterih je takšno stanje ostalo, pri drugih se je kasneje

spremenilo in so te ljudi ponovno vključile v svoje podporne mreže. Pri nekaterih intervjuvankah je odklonitev oziroma odsotnost ključnih podpornih oseb pomenilo zlom v podpori, ker odklonjenih oziroma odsotnih članov niso mogle nadomestiti z drugimi viri podpore. Večje in bolj raznolike podporne mreže lahko zagotavljajo bolj stabilno podporo, pri majhnih podpornih mrežah je večja verjetnost, da lahko pride do zloma v podpori in da mama z intelektualno oviro ne dobi potrebe podpore takrat, ko jo potrebuje.

3.4 Vpliv in samostojnost

Intervjuvanke imajo aktivno vlogo pri organizaciji družinskega življenja zase in za svoje otroke. Večina intervjuvank je vplivala na različne spremembe. Intervjuvanke, ki so menile, da nimajo vpliva nad situacijami, ki so povezane s skrbjo za otroka ali za vzgojo otroka, so se temu uprle. V nadaljevanju je naveden izsek iz enega intervjuja.

Intervjuvanka: Ja, pa tudi mož, sem mu povedala, pa ne tako delat, kako bi se ti počutil, če bi se jaz do tebe tako obnašala, sem rekla, jaz sem tebi žena, ti si pa meni mož, ne moreš na mamó gledati, kako ti bo mama rekla, da moraš z mano delati. To ne gre tako, ti se moraš vedno prvo za ženo potegniti, ne pa za mamó, ne, ampak vedno je bilo.

Irena: Ste imela občutek, da je na mamini strani?

Intervjuvanka: Ja, kak mu je mama rekla, tak je bil.

Intervjuvanke so v intervjujih izražale željo po čim večji meri samostojnosti. Intervjuvanke, ki živijo s svojimi partnerji v lastnih gospodinjstvih, so s tem zadovoljne, čeprav imajo več dnevnih obveznosti in več skrbi, povezanih z organizacijo vsakdanjega življenja. Izražajo tudi več zadovoljstva s podporo, ki jo prejemajo. Večina ostalih intervjuvank, ki živijo s svojimi starši ali v drugih oblikah bivanja, si želi spremembe.

4 Razprava

Med ženskami z motnjo v duševnem razvoju so izredno redke tiste, ki so postale matere. Vendar pa je tudi v Sloveniji v porastu število staršev, predvsem mater z motnjo v duševnem razvoju, ki živijo s svojimi otroci. Ženske pravijo, da okolica na njihovo materinstvo odreagira s skrbjo za dobrobit otroka in dvomom v njihovo sposobnost za vzgojo otroka. Večini uspešnih zgodb o materinstvu žensk z motnjo v duševnem razvoju je skupno to, da matere navajajo pomembne podporne osebe, ki sodelujejo pri materinjenju.

Materinstvo ne poteka v izolaciji, mame z ovirami in mame brez ovir svoje materinske naloge delno razdelijo ljudem, ki jih imajo v svojih podpornih mrežah. V večini družin drugi ljudje, poleg otrokovih staršev, pomembno prispevajo k otrokovemu razvoju in dobrobitju. Booth in Booth sta to poimenovala za »distribuirano kompetentnost«, ki večini staršev omogoča, da se lahko zanesejo na plačano ali neplačano

podporo, ki jih za določena časovna obdobja nadomesti pri skrbi za otroka (Booth in Booth, 1998). Podporne mreže zagotavljajo mamam z intelektualno oviro praktično pomoč, emocionalno podporo, informiranje in nasvete ter družabništvo (Mayes idr., 2008). Intervjuvanke imajo različne vire podpor, med katere so te podpore razdeljene. Podporne mreže mamam z intelektualno oviro, poleg zagotavljanja praktične pomoči, emocionalne podpore, informiranja in družabništva, služijo tudi za utrjevanje njihove osrednje vloge mame v življenju otroka (Mayes idr., 2008; Shewan idr., 2012). Ljudje, ki priznavajo pomembnost mame z intelektualno oviro v življenju otroka, imajo v podpornih mrežah pomembno mesto. Llewellyn in McConnell sta leta 2002 objavila izsledke raziskave podpornih mrež mater z intelektualno oviro. Ugotovila sta, da imajo v njihovih podpornih mrežah družinski člani osrednje mesto, formalni viri podpor so pomembni kot vir informacij in da obstaja relativna odsotnost prijateljev in sosedov iz teh podpornih mrež. Družinski člani imajo osrednje mesto v podpornih mrežah mater z intelektualno oviro, mame se njim počutijo najbolj blizu, zagotavljajo jim več tipov podpore kot viri formalnih podpor ali prijatelji in sosedji, družinski člani so tudi primaren vir za praktično in emocionalno podporo. Viri formalnih podpor imajo v podpornih mrežah drugo mesto, za mame so primaren vir informacij in nasvetov, vendar pa so ti odnosi kratkotrajni in za njih so značilni relativno redki stiki. Mame teh stikov niso doživele kot bližnje in so jih nerade prosile za podporo. Mame so identificirale zelo malo podpornih vezi z prijatelji in sosedji; kjer so bili ti stiki navedeni, so bili vir za družabništvo, za nakupovanje ali obiskovanje kina. Izsledok, da je malo mam identificiralo podporne vezi s prijatelji in sosedji, nakazuje, da so te mame izolirane od svojih lokalnih skupnosti in da so zelo ranljive, če se zgodi zlom v podpori, ki jim jo zagotavljajo njihovi družinski člani (Llewellyn in McConnell, 2002).

Mayes in drugi so leta 2008 objavili v Avstraliji opravljeno fenomenološko študijo o tem, kako je postati mama za ženske z intelektualno oviro. Ženske so izbirale praktično pomoč od tistih, katere so izbrale, da bodo z njimi živele, medtem ko so se aktivno umaknile od tistih, za katere so verjele, da bodo prevzeli skrb za otroka. Za druge ženske je ustvarjanje podporne mreže pomenilo, da so končale odnose, za katere so menile, da so nestabilni ali nevarni (Mayes idr., 2008). Nekaj žensk v raziskavi se je odselilo, da bi živelo s člani podporne mreže, kot je partner, stran od tistih, za katere niso hotele, da bi bili člani njene ali otrokove podporne mreže z namenom, da bi si utrdile podporo (Mayes idr., 2008). Na to, kako ženske z intelektualno oviro skrbijo za svoje otroke, ima pomemben vpliv to, kako sprejemajo podporo in kako se počutijo ob tem, ko za podporo zaprosijo (Mayes idr., 2008).

Izsledki predstavljene kvalitativne raziskave kažejo na to, da ženske z motnjo v duševnem razvoju, ki imajo izkušnjo materinstva, v Sloveniji niso v primerljivem položaju kot njihove vrstnice brez ovire. Njihova priprava na materinstvo je pomanjkljiva, tako v otroštvu in mladosti, kot v nosečnosti. Posebej problematična je dostopnost znanja v primernih oblikah in ob primernem času, kar ima pomembne vplive tako na njihovo reproduktivno zdravje, kot na kasnejše življenje z otrokom. Soočajo se s predsodki večinske družbe, kar se je v skrajnih primerih končalo tudi s prisilami in nasiljem, povezanim z njihovo nosečnostjo, pri čemer pa niso bile deležne podpore s strani strokovnih služb. Izsledki raziskave kažejo na to, da se je praksa v zadnjih dveh desetletjih

v Sloveniji spremenila v smislu, da je prepoznano, da naj ženske z motnjo v duševnem razvoju živijo s svojimi otroci. To izkušnjo imajo vse mlajše intervjuvanke. Vendar pa je izredno problematično to, da za njih ni organiziranih nobenih formalnih podpor. Socialna izključenost, nedostopnost storitev, težke gnotne situacije in pomanjkanje raznovrstnih virov predstavljajo dodaten pritisk in vir stresa za matere z motnjo v duševnem razvoju in njihove družine v Sloveniji. Mickelson (1949) je zapisal, da je potrebno na starše z motnjo v duševnem razvoju gledati: »ne kot na druge vrste starša, ampak kot na bolj ranljivega starša« (Mickelson, 1949 v Booth in Booth 1994, str. 22). S takšnimi izhodišči je izredno težko zagotoviti primerljivo kakovost družinskega življenja z večinsko družbo. Na probleme, s katerimi se soočajo matere z motnjo v duševnem razvoju, je potrebno gledati kontekstualno. Veliko problemov, ki jih imajo, izvira iz njihovih socialnih situacij in ne zgolj iz narave njihove motnje v duševnem razvoju (Booth in Booth, 1994). Izsledki raziskave nakazujejo tudi na to, da je za matere z motnjo v duševnem razvoju izrednega pomena njihov vpliv nad družinsko situacijo in nad stvarmi, ki se tičejo njihovih otrok. Matere z motnjo v duševnem razvoju, ki so sodelovale v raziskavi, so izkazale veliko odločenost, da ohranijo status glavne osebe v otrokovem življenju, kar ruši mite o večnem, odvisnem otroku. Pomembno je, da se tudi v slovenskem prostoru prepozna potreba po tem, da potrebujejo organizirano podporo, ki ni odvisna zgolj od njihovih družinskih članov, da bi bili dovolj dobri starši svojim otrokom in da bi lahko živeli skupaj z njimi.

LITERATURA

1. Beail, N. in Williams, K. (2014). Using Qualitative Methods in Research with People Who Have Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27, 85–96.
2. Booth, T. in Booth, W. (1998). *Growing up with parents who have learning difficulties*. London in New York: Routledge.
3. Booth, T. and Booth, W. (1994). *Parenting under Pressure; Mothers and fathers with learning difficulties*. Buckingham: Open University Press.
4. Ceglar, I. (2015). *Izkušnja materinstva žensk z intelektualno oviro (Doktorska disertacija)*. Nova Gorica: Fakulteta za uporabne družbene študije.
5. Ehlers-Flint, M. L. (2002). Parenting Perceptions and Social Supports of Mothers with Cognitive Disabilities. *Sex Disabil*, 20 (1), 29–51.
6. Elo, S. and Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*, 62 (1), 107–115.
7. Hall, S. A. (2013). Including People with Intellectual Disabilities in Qualitative Research. *J Ethnogr Qual Res*, 7, 128–142.
8. Hsieh, H-F. and Shannon, E. S. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qual Health Res*, 15 (9), 1277–1288.
9. Kavčič, M. (2012). Utemeljena teorija: kratek vpogled v epistemološka izhodišča in predstavitev t. i. Grounded Theory. V F. Adam, V. Hlebec, M. Kavčič, U. Lamut, M. Mrzel, D. Podmenik, T. Poplas Susič, D. Rotar Pavlič in I. Švab (ur.). *Kvalitativno raziskovanje v interdisciplinarni perspektivi* (str. 163–176). Ljubljana: Inštitut za razvojne in strateške analize.
10. Kroese, B. S., Hussein, H., Clifford, C. in Ahmed, N. (2012). Social Support Networks and Psychological Well-being of Mothers with Intellectual Disabilities. *J Appl Res Intellect*, 15, 324–340.
11. Llywellyn, G. in McConnell, D. (2002). Mothers with learning difficulties and their support networks. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46 (1), 17–34.

12. Llywellyn, G., Mayes, R. in McConnell, D. (2008). Towards Acceptance and Inclusion of People with Intellectual Disability as Parents. *J Appl Res Intellect*, 21, 293–295.
13. May, D. in Simpson, K. M. (2003). The parent trap: marriage, parenthood and adulthood for people with intellectual disabilities. *Crit Soc Pol*, 23 (1), 25–43.
14. Mayes, R. (2009). *Becoming Mother: The experiences of women with intellectual disabilities*. Saasbrücken: VDM Verlag Dr. Muller.
15. McCarthy, M. (1999). *Sexuality and Women with Learning Disabilities*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
16. McConnell, D., Dalziel, A., Llewellyn, G., Laidlaw, K. in Hindmarsh, G. (2008). Strengthening of the social relationship of mothers with learning disabilities. *Brit J Lear Disabil*, 37, 66–75.
17. Merriam, S. B. (1998). *Qualitative Research and Case Study Applications in Education*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
18. Mesec, B. (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
19. Neuendorf, K. A. (2002). *The Content Analysis Guidebook*. London: Sage Publications.
20. Shewan, L., Crawley, R., Mckenzie, K. in Quayle, E. A qualitative exploration of the identities of parents with a learning disability. *British Journal of Learning Disabilities*, 42, 19–26.

Assessment Nursing and Holistic Approach: a Case Study

UDC 616-083-021.361

KEY WORDS: holism, nursing, nursing diagnosis, nursing assessment

ABSTRACT - You can define a disease as an alteration of the physiological state of organism capable of reducing and / or adversely modify the normal function, if we refer to the etymology of the term, then the concept becomes more complex, not surprisingly the British use three terms to talk about the "phenomenon" disease: disease, illness and sickness. When V. Fry introduces the term nursing diagnosis, the very concept of holism has an even more important meaning, based on the idea that a complex system (the human being) can not be explained (and including) only analyzing its individual components, but considering that totality, that complexity that makes the human person a being-need. The holistic nursing care is an ongoing process whose principle is based on a data collection model to define the health problems related to the totality of the person. The data collection is the focus for applying a holistic nursing care and, for this, we compared two different data collection mode, the first based on the current model and the second focused on the holistic approach, and represented by a case study on urinary incontinence functional.

UDC 616-083-021.361

KLJUČNE BESEDE: holizem, zdravstvena nega, negovalna diagnoza, ocenjevalna zdravstvena nega

POVZETEK - Bolezen lahko definiramo kot spremembo fiziološkega stanja organizma, ki zmanjša in / ali škodljivo spremeni njegovo normalno delovanje. Če pa se osredotočimo na etimologijo izraza bolezen, pojem postane bolj zapleten, zato ni presenetljivo, da angleški jezik loči tri različne termine za pojem bolezen: disease, illness in sickness. Ko V. Fry uvede izraz negovalna diagnoza, postane koncept holizma še bolj pomemben. Temelji na ideji, da kompleksnega sistema (človeka) ni mogoče razložiti zgolj z analizo posameznih sestavin, ampak glede kot celoto, kompleksnost, ki dela človeka bitje s potrebami. Celostna zdravstvena nega je kontinuirani proces, katerega načelo temelji na modelu zbiranja podatkov za določanje zdravstvenih težav v skladu s celovitostjo osebe. Zbiranje podatkov je ključno za izvajanje celostne zdravstvene nege, zato smo s tega vidika primerjali dva različna načina zbiranja podatkov za ocenjevalno zdravstveno nego pacienta. Prvi je temeljil na modelu, ki je v uporabi, drugi pa je bil osredotočen na celostni pristop ter predstavljen s študijo primera funkcionalne urinske inkontinence.

1 Introduction

The holism is a central and fundamental concept in the nursing theory (Mason, 2014), person is one of Nursing paradigms and holism is the focus of this paradigms. The holism's theory concept derived from the Greek word ὅλος, which means totality (Manara, 2000). Contrary to reductionist theory, holism considers a phenomenon as an indivisible whole, specifying that the sum of the individual parts that compose it is not sufficient to define it (Fardet in Rock, 2015; Fardet in Rock, 2014). In these terms, the human being is understood as a complex system, for which cannot be explained, and therefore understood, analyzing exclusively its individual components (Sitzman in Eichelberger, 2015), since the properties of a system can not be summarized as the sum produced by the functional measurement of the individual components (Ber-

talaffy, 1968). These statements are reflected in Ludwig Von Bertalanffy's general systems theory, according to which a system, so that it can be defined as such, requires that the elements that constitute it are interconnected between them, in such a way as to continuously exchange information although performing different functions, as it happens in social systems. Where were missing this interaction, the system would degenerate into sets, or in individual components (Bertalanffy, 1968). This concept is also recalled by M. Rogers's theory, that defines man a set with its own integrity; He manifests and possesses different characteristics, but mostly higher than the mere sum of its components, called "energy fields". The man system is in continuous interaction with the environment, with which constantly exchanges information, in the form of matter and energy (Manzoni, 2008; Gordon, 2013). Man evolves inevitably into its life process in unidirectional and irreversible manner, without ever being able to return to its previous state (Gordon, 2013).

1.1 Holistic Nursing

The holism's concept, and systems theory, are intrinsically linked by nursing nature, moving away from that mechanistic view of the biomedical and Cartesian model for which the human body is a machine, considering the reductionist binomial that the health is merely the absence of disease and so just repair the "broken" component to the machine return to its previous good working state (Hammond, 2010). This reductionist mink is not functional for the comprehensive understanding of man and collides deeply with the nursing's heart that considers the human person as a whole of dimensions and each of which is necessary to collect data in order to provide assistance, with the meaning "to care" and not "to cure" (Manara, 2000). Therefore, the signs and symptoms of disease, important to treat, are associated with clinical conditions, defining characteristics and related factors, which are important to take care and equally crucial to ensure a global health level that is never unique (Burrai, Cenerelli, Pesci and Valentini, 1989). The American Nurses Association (ANA) defines "The holistic nursing as a nursing's specialty that has got a defined scientific background, of knowledge, training and research" (Burrai and Bergami, 2008). In line with this definition the holistic nursing integrates in the healing process¹², as it recognizes the human being as a whole as interconnection of body, mind, emotions and environment, and enhances the relationships that develop between these components (Burrai, Cenerelli, Pesci and Valentini, 1989). In these terms, the subjective experience becomes a strong point for the achievement of better health's state ([//www.ahna.org/About-Us/What-is-Holistic-Nursing](http://www.ahna.org/About-Us/What-is-Holistic-Nursing)).

2 Methods

The proposed study was conducted on the Geriatric unit of "A. Cardarelli" hospital in Campobasso. It considered a patient of 65 years, hospitalized for an exacerbation of chronic bronchitis with cognitive and intellectual abilities intact, established at the time of acceptance. Hospitalization lasted eight days. Two methods were compared for date collection, which led to the identification of two difference care processes. The

first methods is currently used by the department, while the second, based on the six stages of the nursing process, has been prepared and produced by a group of students in third year of nursing degree course, with the support of tutors and teachers of general nursing. The nursing ward diary is constituted by a part of personal information, a section with the diagnosis on admission, one relating to the clinical history of the patient and finally a part dedicated to the drug history. The second part deals with nursing care during hospitalization, the patients vital signs, diagnostic tests and the nursing patient diary. As for the proposed model, the working group considered it appropriate to structure the data collection of the 11 Functional Health Patterns by M. Gordon, as it explores all the dimensions that constitute the person. The proposed method was combined with the functional models of the rating scales, useful to investigate in greater detail the main health dysfunctional patterns. Concerning the assessment of the roles and relationships model we chose to use the Lubben Social Network Scale (six items variant) (Lubben, Gironde, Berkman, Harootyan, 2003), as it was more flexible and rapid to use. It assesses and measures three dimensions of social relations: emotional, that of the material support and that of current relations. In particular these dimensions are investigated in the context of family relationships and friendships. For every area we can have a minimum score of zero and a maximum of 15. A high score indicates the adequacy of the social network. To define the welfare issue we have used nursing diagnoses taxonomy II of NANDA-I. Regarding the objectives and care interventions which have been taken into account classified respectively by the taxonomy NOC and NIC. Finally these were discussed and compared; the results produced by both methods, to evaluate the care process were found to be comprehensive and therefore appropriate to total nursing care and at the same time patient centred.

3 Results

The instrument used in the Geriatric Unit reflects essentially a purely pathogenetic approach. It is limited to the detection of needs that require basic assistance (mobility, elimination, vital signs), without investigating the nature and extent of any functional limitations. This current instrument is therefore more useful from an organizational point of view but not for identification of the nursing problem, which for the assisted person is not just the disease. At the same time the assessment performed by the experimental instrument, based on the holistic approach and structured according to the 11 Functional Health Patterns developed by M. Gordon, has identified a number of conditions and problems that have enabled the working group to arrive at a different diagnoses nursing. From these, emerged relevant and useful data for diagnosis, during the analysis of models of: Elimination, perception of self and Self-concept, roles and relationships and Perception, and Health Management. Specifically as regards:

- Health Perception – Health Management Pattern, to the question “How is his health?” The answer was: “For some time it has changed and is no longer the same as before”. Question “Can you explain the change?” Answer: “I don't want to talk about that.”

- Elimination pattern, from which emerged a urinary incontinence condition, and the question “How to manage your incontinence?”. The answer was “I put the empty pasta bags” And to the question, “Are you aware of the existence of the external urinary catheter?” He replied “No, but what is it?” And the nurse: “Is a special draining bag to manage urinary incontinence.” Person: “Strange that my doctor didn’t tell me about it!”.
- Self-perception – Self-concept Pattern, to the question “Has anything changed in your life from before, especially in family relationships and friendships?”. The answer was “Yes, when my family members are not with me I feel sad.” Question: “Why do you feel sad?” Answer: “Because I miss my friends.”
- Role – Relationship Pattern, to the question: “Do you visit your friends and relatives?”. The answer was “No, I don't do things I did before because I feel different, because I get wet and I'm ashamed”.

From the data collected and the subsequent analysis, the following defining characteristics were identified:

- Disease: functional urinary incontinence (NANDA International, 2015).
- Lack of support systems based on the absence of “health literacy” pertaining to the external urinary catheter (NANDA International, 2015).
- Feeling different from others (NANDA International, 2015).

With the following interrelated factors:

- Alteration of physical appearance (NANDA International, 2015).
- Alteration of well-being state (NANDA International, 2015).

These defining characteristics and related factors, have enabled us to arrive at the diagnosis of social isolation (00053) (NANDA International, 2015). For measuring the severity of social isolation the Lubben Social Network Scale (LSNS-6) was used. The inherent score evaluation of family relationships amounted to 15; while that for friendships was equal to 0.

The following objectives have been identified:

- Reduce the severity of loneliness (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2012)
- Promote participation in leisure activities (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2012)
- Encourage the mood and self-shooting (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2012)

The following actions have been planned:

- Counseling Promotion Active (Bulechek, Butcher, Dochterman and Wagner, 2012)
- Information on the catheter outside the bladder and its advantages (Bulechek, Butcher, Dochterman and Wagner, 2012)
- Education in the management of the collection and drainage system (Bulechek, Butcher, Dochterman and Wagner, 2012)
- Promoting Security system management (Bulechek, Butcher, Dochterman and Wagner, 2012)

The following results were obtained:

- Improvement of self-esteem
- Mood Improvement
- Improvement of socialization

Assessment criteria of the results: to evaluate the effectiveness of interventions the patient was asked to participate in a telephone interview, and two follow-up interviews at 1 month and 3 months, after the first registration. Both evaluations reported a score of 30, which is the maximum provided by the scale. This data, while excluding special connections with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) have allowed us to enable critical thinking and to link the information collected to the presence of social isolation.

After data collection, critical thinking has allowed:

- Interpretation of information
- Incorporation of information (Gordon, 2013).

4 Discussion

From the data collected, it was revealed a discomfort caused by social isolation condition related to incontinence and supported by negative feelings. The therapeutic relationship has enabled:

- To the person to express his perceptions of the problem;
- To encourage the person to talk about his strategies used to address the problems;
- To make a proper assessment of the problem;
- Identify resources and obstacles to tackle the problem;
- To encourage and promote the transition to a negative attitude towards the disorder to an active attitude.

In addition, the holistic approach has enabled:

- To respect the person's values, define the personal resources, to evaluate the ability of self-determination;
- To define the objective to help the person in the understanding of the information to allow him to consciously assume the responsibilities;
- To bring out those negative feelings (anxiety, shame, anger) that if not prepared, could interfere with the understanding of the indications and suggestions.
- The tool has helped the person's behavior change from being introverted to one that is more open, gaining more trust and respect for the nurse.

They were also put in place a series of training / education activities with respect to the existence and use of the external urinary catheter; this intervention has proven useful in improving self-esteem, having favored one side the resumption of social relations first compromised, and on the other the person's perceived well-being. Taxonomy allowed to frame theory and structure scientifically both the health problem that its action associated with it, will also identify criteria for evaluating results. After careful analysis in the literature on the influence that social isolation has on the welfare and quality of life it has been considered to address this issue as a focus of assistance to be granted. For social isolation, we intend a particular aspect of vital processes defined as: "isolation experienced by a patient and perceived as an imposition of others, or a negative or threatening state" (NANDA International, 2015). The chronic state

is a state of health that opens a wide field for the application of the nursing diagnosis. In fact, it is interesting to note that as a first, and main clinical use of the nursing diagnosis you have in a caring for patients with disabilities a chronic illnesses, an area in which doctors prescribed interventions were lacking (Gordon, 2013). Urinary incontinence can represent a tendency to social isolation in that it leads to substantial physiological burden. The International Continence Society defines incontinence as a “condition in which there is involuntary urinary loss (through intact urinary system) that is, at the same time, noticeable and creates a hygienic and social problem”. The holistic approach in the nursing process allows to isolate and treat psychological and related problems that interfere in a negative manner on the patient’s quality of life. The psychological aspects represents an important problem in urinary incontinence. Often the patient experiences:

- Sense of shame;
- Sense of embarrassment;
- Tendency to isolate themselves;
- Changing of loss of self-esteem and self confidence;
- Difficulty to have an adequate quality of life (Landefeld, Bowers, Feld idr., 2008);
- Changing of values shared within the group membership (NANDA International, 2015).

The consequences of the disease related to the ability to keep normality within the social relations are often underestimated during the nursing process. In one study of Shiray et al. (2005) regarding the perception of inadequacy of care in patients with leukemia and with distress during the terminal phase and the related factors 70,6% of patients refereed to an inadequate level of a nursing care for the management of the discomfort due to social isolation and changes in relationships (Shirai, Kawa, Miyashita, Kazuma, 2005). Moreover, the most common thoughts that the person tries to communicate or would like to communicate are:

- Understanding of the nature and extent of the disease;
- The ability to express their emotions;
- Concerns about physical symptoms, loss of functions, the impact on the family (Gordon, 2013).

If social interactions are derived from the need to achieve a life expectancy within the group, to collect data on this vital process, is to focus a diagnosis on this social process at risk of impairment, and which should be recognized as early as possible, and if already present, handled promptly. Other problems that these may give rise to:

- Appearance of architectural barriers, that can be a physical and structural impediment to the realization of social interaction.
- Disturbance of self image can create a psycho-emotional barrier to the realization of interaction (the reported case is an example)
- Partial or total interruption of social relationship as a result of therapeutic practices that have a negative effect on social interaction.

Ekman (2006) evaluated the negative impacts on the daily life of a patient with a chronic disease, including social isolation (Ekman, Ehnfors, Norberg, 2000): people

experience a loneliness, vulnerability and feel lost in their disease (Kralik, Brown and Koch 2001). Research shows that people find that support is important be perceived (Petterson, Appelros and Ahlström, 2007) as a sense of security represented by the need to be understood (Nordgren, Asp and Fagerberg, 2007). Many studies on myocardial infarction and its consequences on social isolation, detect it is an important recurring concept of chronic disease (Sundin, Bruce and Barremo, 2010) experienced by:

- Inability or reduced ability to participate in social events
- Limited opportunities for socialization
- Perceive their behavior as a misunderstood behavior
- Experience lack of respect because of dietary restrictions (Bentley, De Jong, Moser and Peden, 2005)
- Perception of the sense of abandonment by relatives and friends (Brännström, Ekman, Norberg, Boman and Strandberg, 2006)

If it's caused by therapeutic treatments it is associated with behavioral changes, i.e. diuretic treatment involves increased frequency and urgency to urinate, thus the frequency use of these drugs, in turn, cause an uneasiness that has a negative effect on social relationship, such as preventing the patient from leaving home (Brännström, Ekman, Norberg, Boman and Strandberg, 2006; Zambroski, 2003). Also, the timing of intake of medication, or the method of administration, can cause social isolation, preventing the patient from leaving their home or going out at times that are not compatible with their leisure activities, or they increase the effort needed to perform tasks or exercise, or fatigue that is often accompanied by weakness, or finally, creates changes that are not tolerated by their physical capabilities (Costello and Boblin, 2004; Evangelista, Kagawa-Singer and Dracup, 2001; Hagglund, Boman and Lundman, 2008). Falk idr. (2007) argues that the obsession of recurrent thoughts in to the past or the present are seen as an obstacle often strengthened by the emotional burden, and favors this discomfort (Falk, Granger, Swedberg and Ekman, 2007). Social isolation also correlates with a loss of autonomy. Subjects who perceive to be able to exercise good control over themselves and on their behavior have a good management of life and illness events. These people are aware of their responsibilities towards health about the changes of behavior on ways of life imposed by the disease and report that they have experience feelings of satisfaction and creativity (Riegel and Carlson, 2002). Their self-control and control of their emotions promotes self-esteem to the point of allowing the patient to transcend the disease (Ekman, Ehnfors and Norberg, 2000). While its limitations is the cause of a substantial change in the vital parameters (Costello and Boblin, 2004; Ekman, Ehnfors, Norberg, 2000).

5 Conclusions

The instrument in use has proved inaccurate for a reduced holistic approach on the contrary the use of a structured instrument has formalized a more analytical approach

and made it possible to assess the person's environment paradigm in every dimension of the assisted. In addition, it has revealed, that as some functions of life processes modified by the disease, require care interventions in the "to care" area and create harmonious balance between the components that define the person's system. Data collection with the paper model, highlighted a number of limitations in the provision of nursing care, in the health aspects perceived important by the person who pointed out a weakness in an established organization model within a health culture, based on the exclusive aim of curing the disease, "to cure". The study showed the need to review the models and organizational structures, so that holistic care can be applied to enhance integrity of patient care, and to identify appropriate health needs and improve the quality of life. Also the desired change could become conducive to the development and implementation of the use of taxonomies in clinical practice, even the formation, mainly because it has taken on a typical scientific character related to the university system, this has to undergo changes in its educational methods and aims, and pedagogical objectives. Training should include courses that can aggregate the concepts of a holism and nursing diagnosis, so that data collected are not considered only general information, but can be a source of analysis for the identification of defining characteristics necessary to formulate a diagnostic judgment. Experience has demonstrated a high level of acceptance by students, allowing them to stimulate critical thinking and to relate the theoretical concepts with clinical practice. Since many activities involved in the diagnostic process are characterized by psychological aspects (emotions, copying, behavior, resilience) and from pedagogical aspects (effective communication, counseling, help relationship) experience has allowed for teachers of humanities to be involved. This allowing a reflection on the aims of the psychological and pedagogical knowledge for clinical practice of nursing.

LITERATURE

1. American Nurses Association (ANA) (2007). *Holistic Nursing: Scope and Standards of Practice*. Nursing Standard.
2. Bennett, S. J., Cordes, D. K., Westmoreland, G., Castro, R. and Donnelly, E. (2000). Self-Care Strategies for Symptom Management in Patients With Chronic Heart Failure. *Nursing Research*, 49, 139–145.
3. Bentley, B., De Jong, M. J., Moser, D. K. and Peden, A. R. (2005). Factors related to non adherence to low sodium diet recommendations in heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 331–336.
4. Bertalanffy, L. V. (1968). *General System Theory. Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.
5. Brännström, M., Ekman, I., Norberg, A., Boman, K. and Strandberg, G. (2006). Living with severe chronic heart failure in palliative advanced home care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 295–302.
6. Bulechek, G. M, Butcher, H. K, Dochterman, J. M and Wagner, C. M. (2012). *Nursing Interventions Classification (NIC)*, (6th ed.). St. Louis (Missouri): Elsevier Mosby.
7. Burrai, F. and Bergami, B. (2008). L'assistenza infermieristica olistica. *Nursing oggi*, 2, 12–17.
8. Burrai, F., Cenerelli, D., Pesci, R. E. and Valentini, O. (1989). L'assistenza infermieristica olistica. *IPASVI Bologna*, 34–37.

9. Costello, J. A. and Boblin, S. (2004). What is the experience of men and women with congestive heart failure? *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (3), 9–20.
10. Ekman, I., Ehnfors, M. and Norberg, A. (2000). The meaning of living with severe chronic heart failure as narrated by elderly people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14 (2), 130–136.
11. Evangelista, L. S., Kagawa-Singer, M. and Dracup, K. (2001). Gender differences in health perceptions and meaning in persons living with heart failure. *Heart & Lung*, 30 (3), 167–176.
12. Falk, K., Granger, B. B., Swedberg, K. and Ekman, I. (2007). Breaking the vicious circle of fatigue in patients with chronic heart failure. *Qualitative Health Research*, 17 (8), 1020–1027.
13. Fardet, A. and Rock, E. (2014). Toward a new philosophy of preventive nutrition: From a reductionist to a holistic paradigm to improve nutritional recommendations. *Adv. Nutr.*, 5 (4), 430–446.
14. Fardet, A. and Rock, E. (2015). From a Reductionist to a Holistic Approach in Preventive Nutrition to Define New and More Ethical Paradigms. *Healthcare (Basel)*, 3 (4), 1054–1063.
15. Gordon G. H. (2003). Care not cure: dialogues at the transition. *Patient Education and Counseling*, 50 (1), 95–98.
16. Gordon, M. (2013). *Diagnosi Infermieristiche. Processo e Applicazione*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
17. Hagglund, L., Boman, K. and Lundman, B. (2008). The experience of fatigue among elderly women with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7 (4), 290–295.
18. Kralik, D., Brown, M. and Koch, T. (2001). Women's experiences of 'being diagnosed' with as long-term illness. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (5), 594–602.
19. Landefeld, C., Bowers, B. J. and Feld A. idr. (2008). National Institute of Health state-of-the-science conference statement: Prevention of fecal and urinary incontinence in adults. *Ann Intern Med* 148 (6), 449–458.
20. Lubben, J., Gironde, M., Berkman, B. and Harootyan, L. (2003). Centrality of social ties to the health and well being of older adults. In B. Berkman and L. Harootyan (Eds.), *Social Work and Health Care in an Aging Society*. New York: Springer Publishing Company.
21. Manara, D. F. (2000). *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*. Milano: Lauri edizioni.
22. Manzoni, E. (2008). *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*. Milano: Masson.
23. Mason, D. M. (2014). Holism and embodiment in nursing: using Goethean science to join 2 perspectives on patient care. *Holist Nurs Pract*, 28 (1), 55–64.
24. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L. and Swanson, E. (2012). *Nursing Outcomes Classification (NOC). Measurement of Health Outcomes (5th ed.)*. St. Louis (Missouri): Elsevier Mosby.
25. Nordgren, L., Asp, M. and Fagerberg, I. (2007) Living with moderate-severe chronic heart failure as a middle-aged person. *Qualitative Health Research*, 17 (1), 4–13.
26. Pettersson, I., Appelros, P. and Ahlström, G. (2007). Lefeworld perspectives utilizing assistive devices: Individuals lived experiences following a stroke. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74 (1), 15–26.
27. Riegel, B. and Carlson, B. (2002). Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Education and Counseling*, 46 (4), 287–295.
28. Shirai, Y., Kawa, M., Miyashita, M. and Kazuma, K. (2005). Nurse's perception of adequacy of care for leukemia patients with distress during the incurable phase and related factors. *Leukemia Research*, 29 (3), 293–300.
29. Sitzman, K. and Eichelberger, L. W. (2015). *Understanding the work of Nurse Theorists: A Creative Beginning*. 3th ed. Burlington MA: Jones & Bartlett Learning.
30. Sundin, K., Bruce, E. and Barremo, A. S. (2010) Elderly women's experiences of support when living with congestive heart failure. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5 (2).
31. Thornton, L. What is Holistic Nursing?. The American Holistic Nursing Association (AHNA). Retrieved 22 October 2016, from <http://www.ahna.org/About-Us/What-is-Holistic-Nursing>.

Obravnava oseb z demenco z metodo validacije

UDC 616.892.3:615.85

KLJUČNE BESEDE: oseba z demenco, metoda validacije, delovni terapevt

POVZETEK - Pojavnost demence tudi v Sloveniji narašča. Demenca prizadene spodobnost komuniciranja, kar pomembno vpliva na interakcijo med osebo z demenco in ostalimi. Zato je pomembno poznati pristope, ki omogočajo vzpostavitev odnosa z osebo z demenco in posledično uspešnejšo obravnavo. Eden takih je metoda validacije. Ugotavljali smo, kakšne so po mnenju delovnih terapevtov prednosti uporabe metode validacije. V kvantitativni raziskavi smo podatke zbirali s spletnim anketnim vprašalnikom, na katerega je odgovorilo 54 delovnih terapevtov. Večina anketiranih metodo validacije pozna in jo uporablja pri svojem delu (74 %). Po mnenju anketirancev osebe z demenco zaradi uporabe metode validacije potrebujejo manj pomirjeval, so bolj motivirane za izvedbo aktivnosti, imajo boljšo samopodobo in pogosteje komunicirajo z delovnim terapevtom. Metoda validacije je uspešna metoda pri obravnavi osebe z demenco, zato je potrebno, da jo uporabljajo vsi člani tima. Pomembno je, da imajo dovolj znanja o demenci, metodi validacije in komunikaciji. Le tako je obravnava osebe z demenco timska, holistična in temelji na individualnih potrebah, kar posledično vodi k boljшему počutju in večji kakovosti življenja osebe z demenco.

UDC 616.892.3:615.85

KEY WORDS: person with dementia, validation method, occupational therapist

ABSTRACT - An increasing number of people in Slovenia are diagnosed with dementia. This condition affects the ability to communicate and influences interactions between the person with dementia and others. Therefore, it is crucial to develop treatment approaches that would enable better connection with the person with dementia, also improving treatment outcomes. A method of validation has been proposed as one of the approaches. We wanted to establish the view of occupational therapists regarding the method of validation and its benefits. In the quantitative study the data were collected using online questionnaires, and 54 occupational therapists were the respondents. Most therapists included in the study were familiar with the validation method and had been using it in their work with people with dementia (74%). According to the respondents, when the method of validation is successfully implemented, persons with dementia require less sedation therapy and are more motivated to perform daily activities. Furthermore, their self-image improves and they more frequently communicate with the occupational therapist. The validation method is an effective treatment approach for people with dementia, so all team members should adopt it. Knowledge of dementia, the validation method and communication is necessary for implementing this method. A treatment approach that is multidisciplinary, holistic and considers the needs of the individual with dementia can support the person's well-being and quality of life.

1 Teoretična izhodišča

Pojavnost demence je v porastu. S to boleznijo je bilo leta 2011 na svetu 33,9 milijonov ljudi, število pa naj bi se v naslednjih 40 letih potrojilo (Barnes in Yaffe, 2011), leta 2015 je bilo na svetu 47,5 milijona ljudi z demenco. Vsakoletno je 7,7 milijona novih primerov bolezni. Kar pomeni, da se vsakih nekaj sekund pojavi nova oseba, obolela za demenco (WHO, 2015).

Demenca se nanaša na kognitivne motnje s tipičnimi simptomi motenj spomina in se kaže na področju izražanja, motoričnih sposobnosti, prepoznavanja ter sposobnosti za planiranje, organiziranje in abstraktno pojmovanje (Waldemar idr., 2007). Po medna-

rodni klasifikaciji (MKB–10) je demenca kronična napredujoča možganska bolezen, ki prizadene višje možganske funkcije, kot so spomin, mišljenje, orientacija, razumevanje, računske in učne sposobnosti ter sposobnosti govornega izražanja in presoje. Oseba z demenco je ovirana pri dnevnih življenjskih aktivnostih in ima omejeno sposobnost obvladovanja vsakdanjega življenja. Za postavitev te diagnoze morajo biti simptomi prisotni šest mesecev, motnje zavesti pa morajo biti izključene (Van Hülzen, 2010).

Demence pomembno prizadene posameznikovo sposobnost opravljanja vsakodnevnih aktivnosti. Oseba z demenco se težko znajde v domačem okolju, težko sledi navodilom, ne znajde se v času, med ljudmi in v prostoru, ponavlja ista vprašanja, opušča osebno higieno, zanemarijo lastno varnost. Nekateri vzroki demence so reverzibilni – popravljivi ali prehodni, drugi ireverzibilni – stalni, nepopravljivi (Rodi, 2005). Bolezen pa ne prizadene le osebo samo, ampak vpliva in prizadene tudi njene svoje in oskrbovalce, saj z napredovanjem boleznih oseba pri izvajanju vseh življenjskih aktivnosti postaja vse bolj odvisna od njih.

Ločimo več vrst demence z različnimi značilnostmi, potekom boleznih, pogostostjo ponavljanja. Najpogostejša oblika demence je Alzheimerjeva demenca, ki predstavlja več kot 65 odstotkov demenc (Kogoj in Velikonja, 2012). Postopoma se razvija po 65. letu starosti, prizadene oba spola, pogosteje pa se pojavlja pri ženskah (Muršec, 2007). Za demenco oboli 10 odstotkov ljudi v starosti nad 65 let, pogostost pa se s starostjo povečuje od 2 odstotkov med 65. in 69. letom, do 40 odstotkov v starosti nad 85. let (Rodi, 2005). S staranjem prebivalstva tako pogostost boleznih narašča.

Do druge polovice 20. stoletja se je z demenco ukvarjala predvsem medicina. Pozneje so se oblikovali družboslovni modeli obravnave demence, ki so razširili njeno razumevanje, s tem pa odprli možnosti drugačne in ustrežnejše obravnave (Milošević – Arnold, 2006).

Kogoj (2007) medicinski model obravnave oseb z demenco opredeli kot model, ki je osnovan na nevrološkem pristopu z ugotavljanjem patofizioloških sprememb v možganih, psihološkem pristopu z opazovanjem in merjenjem kognitivnih primanjkljajev ter z opazovanjem spremljajočih vedenjskih in čustvenih sprememb.

Medicinski model obravnave uspešno dopolnjuje psiho-socialni model. Temelji na timski obravnavi, ki upošteva, da je to, kako se oseba z demenco vede, odvisno od njene preteklosti, splošnega zdravstvenega stanja in številnih dejavnikov v primarnem življenjskem okolju, zlasti pa je pomemben odnos drugih ljudi do osebe z demenco. Model ni usmerjen le v osebo, ampak tudi v njeno socialno okolje in na njene odnose v njem (Milošević – Arnold, 2006).

Delovna terapija izhaja iz filozofije o potrebi posameznika, da je aktiven v vseh starostnih obdobjih življenja in v okolju, kar pa je odvisno od kulture, spola in socialno ekonomskega okolja (Kumar idr., 2012).

Naloga delovnega terapevta pri obravnavi starostnika (na primer v domu starejših občanov) je vzdrževati telesne funkcije, oziroma prilagoditi aktivnosti in/ali okolje tako, da se zmanjšajo omejitve izvajanja aktivnosti in posledično (p)ostane oseba čim bolj samostojna (AOTA, 2008) in vključena v domsko življenje. Zato je temeljni namen

delovne terapije pomagati posamezniku, da ohranja čim višjo stopnjo delovanja in samostojnosti v vsakodnevni aktivnostih. Na ta način ohrani kakovost življenja in sposobnost zavedanja samega sebe v okolju (Oven in Slavec, 2008). Da lahko delovni terapevt skupaj s posameznikom s pomočjo terapevtskih aktivnosti išče rešitve za čim bolj kakovostno bivanje, je pomembno prepoznavanje in razumevanje posameznikovih potreb ter interesov (Mavrič in Marušič, 2004). Življenje v domu starostnikov je prijaznejše, če ima posameznik možnost izvajati aktivnosti, ki jih je izvajal v domačem okolju (Šmid – Seljak, 2010).

Delovni terapevt z obravnavo ne more zaustaviti napredovanja bolezni, osebam z demenco pa s pomočjo različnih terapevtskih pristopov pomaga k ohranjanju oz. ponovnem doseganju višje kvalitete življenja v smislu fizičnega, psihičnega in socialnega dobrega počutja ter čim boljši izrabi njihovih ohranjenih sposobnosti (Sečko, 2010). Tako ima delovna terapija pozitivne učinke na osebe z demenco, saj dokazano izboljšuje/ohranja njihovo vsakodnevno funkcioniranje, pozitivno vpliva na njihovo počutje in zmanjšuje breme, ki ga nosijo negovalci. Osnovni cilj delovne terapije je izboljšati/ohranjati sposobnosti oseb z demenco za opravljanje vsakodnevni aktivnosti in s tem samostojnost in vključevanje v socialne aktivnosti (Graff idr., 2006).

Osebe z demenco so pogosteje omejene v verbalnem izražanju, zaradi česar je vloga delovnega terapevta na tem področju ključnega pomena. Ob obravnavi osebe z demenco je pomembno, da delovni terapevt ustvari pogoje, v katerih je možno zaupanje in poznavanje bolezni. Komunikacija je osnovno sredstvo sporazumevanja med delovnim terapevtom in osebo z demenco in temelj uspešnega dela. Izjemnega pomena je poznavanje in upoštevanje neverbalne komunikacije (Mörec in sod., 2010). Zelo pomembno je, da je terapevt pri komunikaciji z osebo z demenco, strpen in razumevajoč (Knap Marušič, 2010). Osebo z demenco je potrebno spodbujati k izražanju, občutkov, želja in potreb, saj tako lahko začuti skrb zanj in je manj osamljen (Prebil idr., 2009).

Za osebe z demenco je zelo pomembno, kakšen odnos vzpostavijo s svojci in negovalci v vseh stadijih demence. V kolikor se zgodi, da so svojci in osebje prezahtevni do osebe z demenco, postane ta jezava ali celo depresivna (Gamse, 2009). Naomi Feil je zaradi boljšega dela z osebami z demenco razdelila demenco na štiri stadije. Če poznamo stadije demence in prepoznamo, v katerem stadiju demence se oseba nahaja, lahko uporabljamo različne, posameznim stadijem prilagojene tehnike (Van Hülsen, 2010).

Na interakcijo med osebo z demenco in ostalimi pomembno vpliva zmanjšana sposobnost komuniciranja, zato je potrebno poznati pristope, ki omogočajo vzpostavitev odnosa z osebo z demenco in posledično uspešnejšo obravnavo. Eden takih je metoda validacije (v nadaljevanju MV), ki jo je ameriška gerontologinja in socialna delavka Naomi Feil razvila kot pomoč pri delu z osebami z demenco. Pri svojem delu je občutila omejitve, ki so izstopale iz konceptov dela, temelječega na usmerjanju osebe z demenco v realnost. Na podlagi dolgoletnih izkušenj pri neposrednem delu z osebami z demenco je poudarjala pomembnost prepoznavanja (preostalih) sposobnosti oseb z demenco, ki predstavljajo temelj dela z njimi (Milošević – Arnold, 2006).

Izhodišča MV se ne osredotočajo na znanstveno razlago demence, temveč na ravnanje z različnimi izstopajočimi in na prvi pogled nerazumljivimi načini vedenja oseb z demenco. MV predpostavlja uporabo empatije – sposobnosti vživljanja v čustva oseb z demenco z namenom vstopanja v njihov doživljajski svet in razumevanja njihovega obnašanja, pri čemer je komunikacija z osebo z demenco zelo pomembna (Van Hül- sen, 2010; Blackhall, 2011).

Cilj MV je, da poskuša upočasniti proces staranja in preprečiti razvoj skrajne oblike demence. Z MV želimo doseči, da se pri osebi z demenco ponovno vzpostavi občutek lastne vrednosti s tem, da jo jemljemo resno in ji nudimo pomoč. Z uporabo te metode je mogoče omejiti uporabo kemičnih in fizikalnih (prisilnih) sredstev. Preprečevati skušamo umik v stadij životarjenja, v katerem človek ne kaže znakov lastne aktivnosti (Van Hül- sen, 2010).

V raziskavi, izvedeni v okviru diplomskega dela, smo ugotavljali, ali delovni terapevti v DSO in psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji, ki delajo z osebami z demenco, poznajo in uporabljajo MV ter kakšne so po njihovem mnenju prednosti uporabe MV za osebo z demenco.

2 Metoda

Kvalitativna raziskava je bila izvedena s pomočjo strukturiranega spletnega anketnega vprašalnika, ki je bil namenjen delovnim terapevtom, zaposlenim v Domovih za starejše in v Psihiatričnih bolnišnicah Republike Slovenije.

Vprašalnik smo oblikovali na podlagi delovnih izkušenj in znanj ter s pregledom strokovne in znanstvene literature. Sestavljen je iz vprašanj o demografskih podatkih, vprašanj o poznavanju in uporabi MV pri delovnih terapevtih ter sklopa trditev v zvezi z učinkovitostjo in prednostjo MV za osebo z demenco. Anketiranci so trditve, navedene v sklopu, ocenjevali po 5-stopenjski Likertovi lestvici, pri kateri je številka 1 pomenila, da se anketiranci s trditvijo sploh ne strinjajo, številka 2, da se ne strinjajo, številka 3, da se niti ne strinjajo, niti se strinjajo, številka 4, da se strinjajo in številka 5, da se s trditvijo zelo strinjajo.

Na osnovi pilotne študije smo pred izvedbo raziskave nekatera anketna vprašanja in ponujene odgovore prilagodili glede na pripombe sodelujočih.

Pri raziskavi smo uporabili namenski vzorec. Spletno anketo smo izvedli s pomočjo spletne storitve na spletnem portal En Klik Anketa-1Ka na spletni strani: <https://www.1ka.si/admin/survey/>. Dostop do spletne ankete smo preko spleta poslali 70 delovnim terapevtom in sicer 50 takim, ki so zaposleni v Domovih za starejše in 20 delovnim terapevtom, zaposlenim v Psihiatričnih bolnišnicah po Sloveniji.

Podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Excel 2007.

3 Rezultati

Vrnjenih in ustrezno izpolnjenih je bilo 54 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 77 % realizacijo.

Med anketiranimi je večina ženskega spola kar 53, le 1 anketiranec je moškega spola. Največ anketirancev (18) sodi v starostno skupino od 31-40 let, najmanj, 8 pa v starostno skupino od 51-65 let (Tabela 1). Povprečna starost delovnih terapevtov je 37,7 let. Povprečno število delovne dobe pa je 14 let.

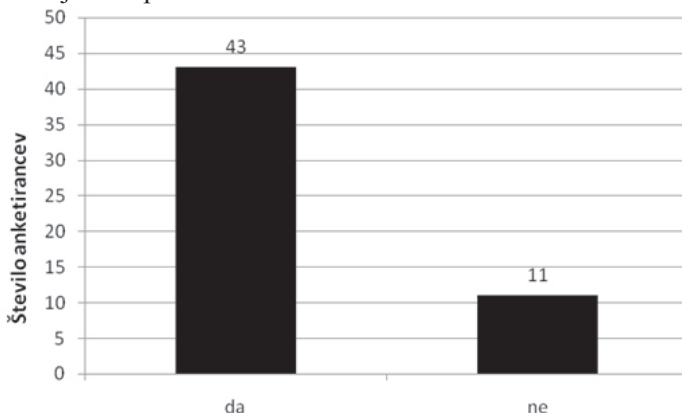
39 anketirancev je zaposlenih v Domu starejših občanov in 15 anketirancev v Psihiatričnih bolnišnicah Republike Slovenije (Tabela 1).

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev

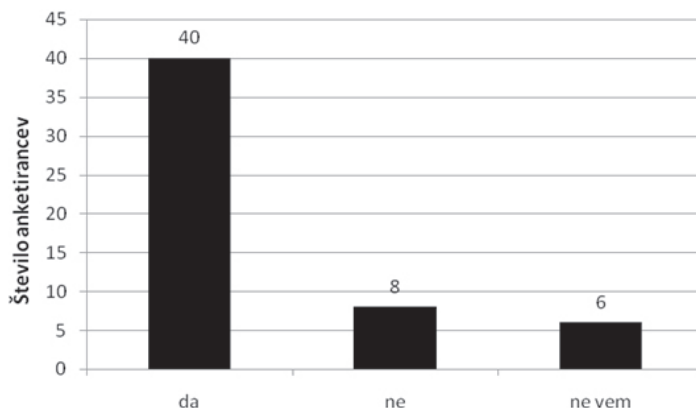
		Število	%
Spol	Ženski	53	98
	Moški	1	2
Starost	21-30 let	11	20,4
	31-40 let	18	33,3
	41-50 let	17	31,5
	51-65 let	8	14,8
Delovna doba (kot delovni terapevt)	0-9 let	27	50
	10-19 let	11	20,4
	20-29 let	14	25,9
	30 let in več	3	0,05
Področje zaposlitve	Dom starejših občanov	39	72,2
	Psihiatrična bolnišnica	15	27,7

43 anketirancev MV pozna (Graf 1). Pri svojem delu MV uporablja 40 anketirancev. 8 (14,8 %) anketirancev ocenjuje, da pri svojem delu ne uporablja MV in 6 anketirancev ni prepričanih in ne ve, ali pri svojem delu uporabljajo MV (Graf 2).

Graf 1: Poznavanje MV pri anketiranih

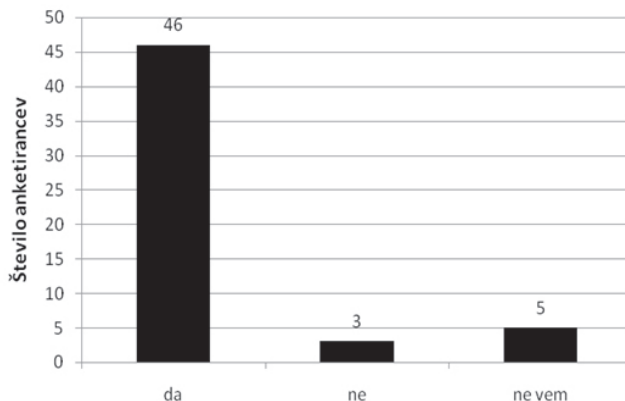


Graf 2: Uporaba MV pri delu in v odnosu z osebo z demenco



46 anketirancev meni, da bi moral vsakdo, ki prihaja v stik z osebami, ki imajo demenco, dobro poznati MV. 3 anketirani menijo, da to ni potrebno, 5 pa se jih glede potrebnosti poznavanja MV ni opredelilo (Graf 3).

Graf 3: Mnenje anketirancev o potrebnosti poznavanja MV v stiku z osebo z demenco



Večina (35) anketirancev se strinja oziroma popolnoma strinja, da se ob uporabi MV pri osebi z demenco zmanjša občutek strahu, oseba je manj begava (33) in agresivna (31) ter bolj aktivna (28) in bolj motivirana za aktivnosti (34) – Tabela 2.

Ob uporabi MV se pri osebi z demenco pojavi občutek pomembnosti (34), posledično ima oseba z demenco boljšo samopodobo (34). (Tabela 2). Hkrati je po mnenju več kot polovice anketirancev (32) zaradi uporabe MV pri osebah z demenco opaziti manj zaprtosti vase. Da MV pripomore k boljši in pogostejši komunikaciji med osebo z demenco in delovnim terapevtom, se strinja ali popolnoma strinja (36) anketirancev in 37 jih meni, da je ob uporabi MV življenje osebe z demenco bolj kakovostno. Le 16 anketiranih se strinja ali popolnoma strinja s trditvijo, da demenca ob uporabi MV napreduje počasneje.

Tabela 2: Izkušnje in ugotovitve anketirancev o učinkovitosti oz. prednostih uporabe MV za osebe z demenco

<i>Trditvev</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>Skupaj</i>	<i>M</i>
Ob uporabi MV oseba z demenco potrebuje manj pomirjeval.	4 (9 %)	0 (0 %)	14 (30 %)	23 (50 %)	5 (11 %)	46 (100 %)	3,54
Ob uporabi MV se pri osebi z demenco zmanjša občutek strahu.	4 (9 %)	0 (0 %)	7 (15 %)	21 (46 %)	14 (30 %)	46 (100 %)	3,89
Ob uporabi MV se pri osebi z demenco pojavi občutek pomembnosti.	3 (7 %)	0 (0 %)	9 (20 %)	17 (37 %)	17 (37 %)	46 (100 %)	3,98
Oseba z demenco ima ob uporabi MV boljše samopodobo.	1 (2 %)	2 (4 %)	9 (20 %)	20 (43 %)	14 (30 %)	46 (100 %)	3,96
Ob uporabi MV je oseba z demenco manj begava.	3 (7 %)	0 (0 %)	10 (22 %)	24 (52 %)	9 (20 %)	46 (100 %)	3,78
Ob uporabi MV je oseba z demenco manj agresivna.	3 (7 %)	1 (2 %)	11 (24 %)	23 (50 %)	8 (17 %)	46 (100 %)	3,70
Ob uporabi MV je oseba z demenco bolj aktivna.	1 (2 %)	3 (7 %)	13 (29 %)	19 (42 %)	9 (20 %)	46 (100 %)	3,63
Pri osebi z demenco je opaziti manj zaprtosti vase, če osebje uporablja MV.	3 (7 %)	0 (0 %)	11 (25 %)	25 (52 %)	7 (16 %)	46 (100 %)	3,72
Ob uporabi MV je oseba z demenco bolj motivirana za aktivnosti.	3 (7 %)	0 (0 %)	9 (20 %)	29 (63 %)	5 (11 %)	46 (100 %)	3,72
MV pripomore k boljši in pogostejši komunikaciji med osebo z demenco in delovnim terapevtom.	1 (2 %)	2 (4 %)	7 (16 %)	15 (33 %)	21 (44 %)	46 (100 %)	4,15
Ob uporabi MV je življenje osebe z demenco bolj kakovostno.	1 (2 %)	2 (4 %)	6 (13 %)	16 (35 %)	21 (46 %)	46 (100 %)	4,17
Ob uporabi MV demenca počasneje napreduje.	2 (4 %)	10 (22 %)	18 (39 %)	12 (26 %)	4 (9 %)	46 (100 %)	3,13

Legenda: 1 – s trditvijo se nikakor ne strinjam; 2 – s trditvijo se ne strinjam; 3 – s trditvijo se niti ne strinjam, niti se strinjam; 4 – s trditvijo se strinjam; 5 – s trditvijo se popolnoma strinjam.

V povprečju se anketiranci najbolj strinjajo s trditvijo, da je ob uporabi MV življenje osebe z demenco bolj kakovostno ($M = 4,17$) in da MV pripomore k boljši in pogostejši komunikaciji med osebo z demenco in delovnim terapevtom ($M = 4,15$). Najmanj

($M = 3,13$) pa se strinjajo s trditvijo, da demenca ob uporabi MV počasneje napreduje (Tabela 2).

4 Razprava

Z raziskavo smo ugotavljali ali metodo validacijedelovni terapevti poznajo in ali jo pri svojem delu uporabljajo in kakšno je njihovo mnenje o prednostih uporabe.

Iz rezultatov naše raziskave je razvidno, da večina anketiranih delovnih terapevtov (43) MV pozna in jo v veliki meri (40 anketiranih) tudi uporablja pri delovnoterapevtskih obravnavah. Zavedajo se pomembnosti uporabe MV pri delu z osebami z demenco, saj jih je kar 46 mnenja, da je MV pomembna za njihovo delo, saj je tako obravnava prilagojena potrebam oseb z demenco. Podobno Blazinšek (2007) ugotavlja, da je obravnava oseb z demenco v večini domov prilagojena njihovim potrebam, zmogljivostim in pripravljenosti sodelovanja z osebjem, čeprav od osebja zahteva več spodbud, časa in razumevanja kot pri ostalih stanovalcih doma.

Van Hülzen (2010) navaja, da se je MV uveljavila v mnogih deželah in je obvezni sestavni del izobraževanja za zdravstvene delavce, ki delajo z osebami z demenco. Tudi zdravniki in psihologi so se z metodo sprijaznili in jo pogosto uporabljajo, vendar MV ostaja metoda dela negovalnega osebja, delovnih terapevtov in socialnih delavcev.

Vključeni v raziskavo v MV prepoznajo predvsem njene pozitivne učinke, nujnost empatije in poudarjanje vrednosti človeka. Navajajo tudi, da MV pripomore k boljši in pogostejši komunikaciji med delovnim terapevtom in osebo z demenco. Podobno opisuje Van Hülzen (2010), ki trdi, da je MV lahko v pomoč kot metoda izboljševanja odnosov med osebami z demenco in njihovimi svojci ter strokovnim osebjem. Tudi Blazinšek (2007), Hribar (2012) in Unetič (2014) ugotavljajo podobne učinke MV. Enako opisuje Van Hülzen (2010), ki trdi, da nam je MV lahko v pomoč kot metoda izboljševanja odnosov med osebami z demenco in njihovimi svojci ter strokovnim osebjem.

Iz naše raziskave je razvidno, da po mnenju anketirancev ob uporabi MV oseba z demenco potrebuje manj pomirjeval, zmanjša se občutek strahu in poveča se občutek pomembnosti. Oseba z demenco ima boljše samopodobo in je manj begava. Van Hülzen (2010) navaja, da oseba z demenco čuti, ko druga oseba kaže zanimanje zanjo in to ustvarja zaupanje. Ko je zaupanje vzpostavljeno, je osebo z demenco manj strah morebitnega neuspeha. Vsako empatično vedenje ji daje občutek lastne vrednosti in ohranja njeno dostojanstvo. O ohranjanju spoštovanja s pomočjo MV govori tudi Feil (2003), ki meni, da empatija prispeva k zaupanju, zmanjšuje anksioznost in vzpostavlja dostojanstvo oseb z demenco.

Blazinšek (2007) navaja, da so anketiranci opisali podobne pozitivne učinke MV za osebe z demenco, ki se ob uporabi MV počutijo varne, sprejete, poveča se njihovo sodelovanje, zmanjšajo se vedenjske motnje, so bolj umirjene in manj agresivne, upočasnijo se potek bolezni, posledično pa se zmanjša poraba pomirjeval. Navedene pozitivne učinke MV v svoji raziskavi ugotavlja tudi Hribar (2012).

Med pozitivnimi učinki MV anketiranci izpostavljajo, da so osebe bolj motivirane za vključevanje v aktivnosti, kar v svoji raziskavi ugotavlja tudi Blazinšek (2007). Anketiranci v naši raziskavi se najbolj strinjajo s trditvijo, da je zaradi uporabe MV življenje osebe z demenco kakovostnejše. Tudi Feil (2003) navaja, da se z uporabo MV stres, agresija in tesnoba oseb z demenco zmanjšuje, hkrati pa se zvišuje kakovost njihovega bivanja.

5 Zaključek

Podaljševanje pričakovane življenjske dobe, pojav kroničnih bolezni in posledično višja pojavnost demence je izziv sodobni družbi. Bauman (2002) pravi, da ni etično dopustiti, da človek propade. Kot družba smo dolžni zagotoviti okoliščine, ki bodo slehernemu, tudi osebi z demenco, omogočale, da se vanjo vključi oziroma, da živi človeka dostojno življenje.

LITERATURA

1. AOTA – American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational therapy practise framework: domain and process, 2nd ed. Am J Occup Ther, 62 (6), 652–683.
2. Barnes, D. E. in Yaffe, K. (2011). The project effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. The Lancet Neurology, 10 (9), 819–828.
3. Bauman, Z. (2002). Tekoča moderna. Ljubljana: Založba /*cf.
4. Blackhall, A. (2011). VERA framework: communicating with people who have dementia. Nurs Stand, 26 (10), 35–39.
5. Blazinšek, J. (2007). Metoda validacije v slovenskih domovih za stare (Diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
6. Feil, N. (2003). The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with Alzheimer's-type dementia. Baltimore: Health Professions Press.
7. Gamse, J. (2009). Bolnik z demenco v družini. V M. Mencej idr. (ur.), Bolezni in sindromi v starosti 3. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.
8. Graff, M. J. L., Vernooij–Dassen, M. J. M., Thijssen, M., Dekker J., Hoefinagels W. H. in Rikkert, M. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. BMJ, 333 (7580), 1196–1199.
9. Hribar, S. (2012). Komunikacija medicinske sestre z dementnim pacientom (Diplomska naloga). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
10. Knap Maršič, T. (2010). Kako komunicirati z osebami z demenco? Pridobljeno 21. 10. 2015, s <http://www.prodomi.si/novice?id=109>.
11. Kogoj, A. (2007). Značilnosti in razumevanje demence. V J. Mali in V. Milošević – Arnold (ur.). Demenca – izzivi za socialno delo (str. 15–22). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
12. Kogoj, A. in Velikonja, I. (2012). V skrbi za vaše zdravje. Demenca. Novo Mesto: Krka, d.d.
13. Kumar, P., Das, P. C., Chatterjee, P. and Dey, A. B. (2012). A novel occupational therapy strategy for cognitive impairment in old age. J Ind Acad Geriatr, 8 (3), 120–123.
14. Mavrič, G. in Marušič, V. (2004). Smiselne aktivnosti starostnikov v instituciji in doma. Človeku prijazni pristopi. V 40 let izobraževanja delovnih terapevtov Slovenije (str. 174–84). Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.

15. Milošević Arnold, V. (2006). Celostna obravnava oseb z demenco v domu za stare. *Socialno delo*, 45 (3/5), 119–126.
16. Mörec, D., Golenko, S. in Breznikar Kučan, S. (2010). Interdisciplinarni pristop k starejšemu v domu starejših Rakičan z vidika zdravstvene nege, fizioterapije in delovne terapije. V E. Kovaš, M. Zrim, Z. Lebar, I. Šumak (ur.), *Obravnava starejših z vidika zdravstvene nege v vseh okoljih: Zbornik strokovnega seminarja* (str. 46–48). Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja.
17. Muršec, M. (2007). Obrazi demence. V *Zbornik strokovnih prispevkov srečanja. Ali se znamo učinkovito spoprijeti s stresom? Demenca kaj bi morali vedeti?*, Maribor, 14. – 15. februar 2007 (str. 76–82). Maribor: Zavod za zdravstveno zavarovanje Maribor.
18. Oven, A. in Slavec, L. (2008). Starostnik – sodelovanje v delovno terapevtski obravnavi. V *Začrtajva pot do dobrega počutja: načrtovanje obravnave v delovni terapiji. IV. kongres delovnih terapevtov Slovenije*, Podčetrtek, 11. – 13. september 2008 (str. 57–67). Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije.
19. Prebil, A. (2010). Primeri podpornega komuniciranja v komunikacijskem procesu. V B. Skela Savič (ur.), *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege* (str. 63–71). Jesenice: VŠZNJ.
20. Rodi, Z. (2005). *Možgani in spomin*. Ljubljana: Nevrološka klinika, Klinični center Ljubljana. Pridobljeno 9. 6. 2016, s http://fidimed.si/strokovni_clanki/mozgani/14/mozgani_in_spomin/.
21. Sečko, H. (2010). Delovna terapija pri bolnikih z demenco. *Spominčica*, 8 (5), 4.
22. Šmid – Seljak, P. (2010). Pomen delovno terapevtske obravnave za vključenost v življenje v domu starejših. V *Delovna terapija v skupnosti. 5. kongres delovnih terapevtov Slovenije*, Debeli Rtič, 16. – 18. september 2010 (str. 77–86). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva.
23. Unetič, K. (2014). *Način dela z osebami z demenco v socialnem varstvu* (Diplomsko delo). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
24. Van Hülsen, A. (2010). *Zid molka: oblike dela z osebami z demenco na primeru validacije in drugih novih teorij*. Logatec: FirisImperl&Co.
25. Waldemar, G., Dubois, B. and Emre, M. (2007). Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *Eur J Neurol*, 14 (1), 1–26.
26. WHO – World Health Organization. (2015). *Dementia – A public health priority*. Copenhagen: World Health Organization. Pridobljeno 14. 10 2016, s http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf.

Izkušnje in model skupnostne psihiatrične obravnave na primarni ravni

UDK 616.89:614.21

KLJUČNE BESEDE: psihiatrična obravnava, zdravstveno varstvo, multidisciplinarni timi, duševne motnje

POVZETEK - V letu 2013 so v Sloveniji pričeli delovati štiri regijski centri - multidisciplinarni timi skupnostne psihiatrične obravnave (SPO) na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Gre za specialistično zunajbolnišnično zdravstveno dejavnost. Nosilci te dejavnosti so zdravstveni domovi. Multidisciplinarni tim sestavljajo: psihiatrinja, dve medicinski sestri s specialnim znanjem, delovna terapevtka in psihologinja. V obravnavo so vključeni predvsem posamezniki s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami. Najpomembnejši razlog (in potreba) za obravnavo oseb z duševnimi težavami v domačem okolju je, da so zdravljenje, podpora, povezana mreža različnih služb in domačih ljudi učinkovit pristop, ki vpliva predvsem na izboljšanje sodelovanja pri zdravljenju in višjo kakovost življenja bolnikov in njihovih bližnjih. Strokovna pomoč in zdravljenje sta ponujena tudi tistim posameznikom, ki do nje do sedaj niso prišli. Tim SPO Posavje je osnovni generični multidisciplinarni mobilni zdravstveni tim (Community Mental Health Team – CMHT), ki izvaja različne vrste psihiatričnih storitev. Avtorica v prispevku predstavlja model delovanja službe skupnostne psihiatrične obravnave za Posavje, ki vključuje občine Sevnica, Krško, Kostanjevica na Krki in Radeče, torej za 75.000 prebivalcev.

UDK 616.89:614.21

KEY WORDS: community psychiatric treatment, primary level health care, multidisciplinary team, severe mental disorder

ABSTRACT - In 2013, four regional centres started to operate in Slovenia - multidisciplinary teams of community psychiatric treatment on the primary level of health care, where the operators are health centres. Multidisciplinary team is composed of: psychiatrist, two nurses with special skills, occupational therapist and psychologist. The treatment primarily includes individuals with severe and recurrent mental disorders. The most important reason and need for treating people with mental health problems in the domestic environment is that treatment, support, integrated network of different services and local people is an effective approach that affects primarily the improvement of cooperation in treatment and better quality of life for patients and their significant others. Professional help and treatment is now offered to those individuals who have not yet had a chance to get any psychiatric treatment. The SPO Posavje is a basic generic multidisciplinary mobile medical team (Community Mental Health Team - CMHT), which performs various types of psychiatric services for a population of 75,000 people. The paper presents a model of the community psychiatric treatment service Posavje, including the municipalities of Sevnica, Krško, Brežice Kostanjevica na Krki and Radeče.

1 Uvod

Skupnostna psihiatrična obravnava je obravnava bolnika z duševnimi motnjami v njegovem domačem okolju.

Programi skupnostne psihiatrične obravnave so se v svetu razvijali od leta 1950 dalje. Ministrska konferenca v Helsinkih je šele leta 2005 tudi Slovenijo zavezala k implementaciji programov obravnave psihiatričnih bolnikov v skupnosti, kjer bivajo.

Skupnostni psihiatrični multidisciplinarni ACT (Assertive community treatment) timi so v Sloveniji pričeli delovati od leta 2005 na Psihiatrični kliniki v Ljubljani, na oddel-

ku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, v Psihiatrični bolnišnici Ormož in nazadnje v Psihiatrični bolnišnici Vojnik. Prvi zametki razvoja skupnostne obravnave in izvajanja intervenc po odpustu pacienta je leta 2002 pričel multidisciplinarni tim Psihiatrične bolnišnice Idrija.

Delovanje bolnišničnih timov je namenjeno spremljanju oseb s hudo duševno motnjo po odpustu iz psihiatrične ustanove, za katere se oceni, da spremljanje potrebujejo.

Z zakonom o duševnem zdravju leta 2009 je bila obravnava v skupnosti pri nas uzakonjena. Za spremljanje oseb z duševno motnjo le - ta določa koordinatorja skupnostne obravnave, ki je »ne – zdravstveni« delavec, strokovnjak s centrov za socialno delo.

Iz študij se lahko oceni, da je (Bulić Vidnjević, 2011) najbolj primerna organizacija skupnostne obravnave v multidisciplinarnih zdravstvenih timih, ki delujejo po metodi »case management«. Pomeni, da se upošteva načelo kontinuiranosti, dostopnosti služb, trden odnos med bolnikom in osebjem, ocena potreb, opogumljanje k samoskrbi in zagovorništvu (Thornicroft, Ward, 1993). White (2006) navaja, da so medicinske sestre najbolj primerne za ključne delavce skupnostne psihiatrične obravnave, ker je metoda dela zelo podobna procesni metodi dela v zdravstveni negi.

Leta 2013 so v Sloveniji pričeli s svojim delovanju štirje regijski multidisciplinarni skupnostni psihiatrični timi na primarni ravni. Gre za zdravstveni program, ki ga Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije financira kot zunaj bolnišnično specialistično dejavnost. Nosilci dejavnosti so zdravstveni domovi in sicer: Zdravstveni dom Novo mesto, Zdravstveni dom Ravne na Koroškem, Zdravstveni dom Murska Sobota in Zdravstveni dom Sevnica.

Kronično bolni ljudje s hudimi duševnimi motnjami so pogosto doma, do strokovne pomoči pa običajno ne pridejo pravočasno. Želijo si živeti, se zdraviti in dobiti podporo blizu svojega doma. Tam imajo svoje naravne podporne mreže, domače, pomembne ljudi, različne možnosti bivanja in funkcioniranja.

Sodobna obravnava duševnih motenj naj bi predstavljala ravnotežje med seboj povezanih bolnišničnih in skupnostnih služb (Thornicroft, Tansella, 2004). Predpogoj za dober izid zdravljenja je kontinuiteta zdravljenja (Gouzaris, Mougiakos, 2003).

Prispevek bo predstavil model in izkušnje delovanja skupnostne psihiatrične obravnave v Posavju, ki deluje po principu osnovnega generičnega tima CMHT (Community Mental Health Team).

2 Model dela multidisciplinarnega tima skupnostne psihiatrične obravnave za Posavje

Skupnostni psihiatrični (SPO) tim na primarni ravni sestavljajo zdravnica psihiatrinja, dve medicinski sestri (diplomirana medicinska sestra in višja medicinska sestra – profesorica zdravstvene vzgoje), delovna terapevtka in psihologinja. Medicinski sestri imata v timu polni delovni čas, ostali profili polovični delovni čas. Vsi profil imajo specialna znanja, pridobljena iz področja skupnostne obravnave.

Vsak član tima se vključuje v obravnavo pacienta po smernicah svoje stroke, celoten tim pa sledi skupnim terapevtskim ciljem, ki se definirajo glede na oceno stanja in potreb pacienta. Zelo pomemben zunanji sodelujoči strokovni sodelavec glede na ugotovljene potrebe pacientov je regijski koordinator obravnave v skupnosti in posamezni socialni delavci lokalnih centrov za socialno delo, ki se vključujejo takrat, ko so izražene socialne potrebe bolnika.

SPO tim pokriva geografsko območje 75.000 tisoč prebivalcev in obsega občine Sevnica, Radeče, Krško, Brežice in Kostanjevica na Krki. Število v obravnavo vključenih oseb s hudo duševno motnjo se giblje med 80 – 100 pacientov. V treh letih dela od septembra 2013 do septembra 2016 je SPO Posavje obravnaval 317 pacientov. Najpogostejša diagnoza vključenih je paranoidna shizofrenija, sledijo ji neopredeljena neorganska psihoza, huda depresivna epizoda, neopredeljen demenca in blodnjava motnja.

Večina obravnav vključenih pacientov temelji na obisku na domu. Proces dela in terapevtski razlogi narekujejo v manjšem deležu tudi obravnave pacientov v ustanovi. Pomembna vsebina dela se opravi tudi z opravljanjem in sprejemanjem telefonskih stikov, po e-pošti, z zbiranjem, zapisovanjem in vodenjem dokumentacije, z razširjenimi timi z zunanjimi sodelavci in svojci, dnevnim in tedenskim triažiranjem, vizitami tima in načrtovanjem dela za paciente.

Struktura pacientov SPO Posavje vključuje 63 % pacientov, ki so bili od nekaj mesecev do več let neobravnavani in pacienti, kjer se prvič diagnosticira duševna motnja ter 37 % pacientov predlaganih v vodenje iz psihiatričnih služb, od izbranih zdravnikov in drugih ter pacienti s poslabšanjem hude duševne motnje.

Tabela 1: Struktura pacientov SPO Posavje

Nekaj mesecev do nekaj let neobravnavani pacienti in novo odkriti pacienti s hudo duševno motnjo	63 %
Pacienti, predlagani v obravnavo iz psihiatričnih služb, od izbranih zdravnikov in drugih, pacienti s poslabšanjem hude duševne motnje	37 %
Vsi pacienti	100 %

3 Kriteriji vključitve v skupnostno psihiatrično obravnavo na primarni ravni in proces obravnave

V SPO Posavje so vključene osebe, ki imajo hude in ponavljajoče se duševne motnje:

- osebe, ki so bile v preteklosti pogosto sprejete v psihiatrično bolnišnico,
- v preteklosti večkrat samomorilno ogrožene osebe,
- osebe, ki so v preteklosti predstavljale nevarnost za druge,
- osebe, ki so bile v preteklosti proti volji sprejete v psihiatrično bolnišnico,
- osebe s trenutnim poslabšanjem duševne bolezni in s slabim funkcioniranjem v vsakdanjih življenjskih aktivnostih,
- osebe, ki odklanjajo ambulantno psihiatrično zdravljenje,
- osebe, ki odklanjajo pomoč pri zdravljenju duševne motnje.

Proces obravnave se prične z oceno stanja in ugotavljanja potreb pacienta. Poseben strokovni izziv za tim na tej točki vedno predstavlja izbiranje in oblikovanje ustreznega načina prvega kontakta oz. obisk odklonilnega pacienta, ki naj bi rezultiral njegovo privolitev in vzpostavitev zaupanja.

Ob privolitvi pacienta sledijo prvi in nadaljnji obiski ter sestava načrta obravnave s kratkoročnimi in dolgoročnimi cilji za izboljšanje funkcioniranja in kakovosti življenja v ožji domači in širši skupnosti, sodelovanje in povezovanje ustanov in ljudi, ki so pomembni za bolno osebo (centri za socialno delo, zdravstveni domovi, zavod za zaposlovanje, šole, bolnišnice, nevladne organizacije, posamezniki v družini in kraju), postopno vključevanje pacientov v različne oblike domačih in drugih aktivnosti ter v nevladne organizacije. Obiski in podpora se postopno zmanjšujejo ob boljšem funkcioniranju. Pogosteje se obravnave vključujejo ob poslabšanjih psihofizičnega stanja. Izvajanje načrta se evalvira sproti in obdobjno na šest mesecev.

Za posameznega pacienta je odgovoren koordinator primera, ki je član tima in skrbi za organizacijo obravnave, izvedbo dogovorov, urejenost dokumentacije.

Vsak dan poteka triža dela in načrtuje obravnav. Tedensko se izvaja vizita tima, ko se pregleda izvajanje načrta ter se odloča o nadaljnjih terapevtskih korakih za vse paciente. Na pol leta in ob poslabšanju stanja se ponovno ocenjujejo potrebe posameznega pacienta.

Vsak član tima SPO se vključuje v obravnavo z vidika svojega profesionalnega področja, vendar se skupaj sledi istim ciljem.

Člani tima dokumentirajo ocene stanja, ocene potreb, zapise obravnav, telefonskih pogovorov, razširjenih timskih sestankov, in zaključke obravnav. Po potrebi se izda mnenje službe ali psihiatrinja napiše psihiatrični izvid.

4 Specifične in skupne naloge posameznih članov tima

Specifične in skupne naloge posameznih članov tima:

- Medicinska sestra ocenjuje potrebe v pacientovem domačem okolju. Spremlja psihofizično stanje pacienta, ugotavlja aktualne in potencialne negovalne probleme, spremlja stopnjo pacientove samostojnosti v temeljnih življenjskih aktivnostih, spremlja, nadzoruje in spodbuja jemanje zdravil in aplicira depo terapijo. Deluje zdravstveno vzgojno in uči zdrav življenjski slog pacienta in njegove bližnje. Po potrebi opravi razgovore z osebnimi izbranimi zdravniki pacientov, koordinatorjem obravnave v skupnosti in socialnimi delavci, s strokovnimi osebami na zavodu za zaposlovanje, osebjem nevladnih organizacij, s svojci in pomembnimi drugimi. Sodeluje pri kriznih intervencijah na terenu.
- Delovni terapevt izvaja delovno terapevtsko oceno vsakdanjega funkcioniranja v domačem okolju, izvaja kompleksno učenje vsakdanjih veščin, pri pacientih z izrazitimi motnjami v strukturi dneva načrtuje in spremlja življenjske aktivnosti. Sodeluje pri kriznih intervencijah na terenu. Opravi potrebne razgovore z zunanjimi sodelavci in s svojci.

- Psiholog oceni psihološke potrebe pacienta in družine, oceni družinsko situacijo (družinska struktura in relacije), se aktivno vključuje, kadar je izraženo konfliktna komunikacija med družinskimi člani in širše ter kadar so izražene težave v starševstvu. Sodeluje pri kriznih intervencijah na terenu. Opravi potrebne razgovore z zunanjimi sodelavci in s svojci.
- Psihiater oceni aktualno duševno stanje pacienta in morebitna tveganja, pregleda medicinsko dokumentacijo in oceni dosedanje psihiatrične obravnave, postavi diagnozo in oceni ustreznost medikamentozne terapije in jo predpisuje. Piše mnenja, izvaja in sodeluje pri kriznih intervencijah na terenu. Opravi potrebne razgovore z zunanjimi sodelavci, s svojci, drugimi psihiatri in specialisti. Napoti pacienta na dodatne preiskave in obravnave.

Tim skupno deluje v smeri, da pacientu nudi suport pri vzpostavljanju kontaktov s širšim socialnim okoljem, izvaja različne vedenjske ukrepe za izboljšanje stanja, v hudi stiski razbremeni s terapevtskim pogovorom, svetuje, po potrebi izvaja vedenjske ukrepe in psihoedukacijo. Velja načelo, da pacienta obravnava »tim SPO« in ne posameznik.

4.1 Pomembni pristopi

Odnos med člani tima SPO in pacientom je »tovariški«. Strokovni delavci izražajo visoka etična merila, varujejo in spoštujejo pacientovo avtonomijo zasebnost, dostojanstvo, vrednote in kulturo. Pri delu je izražen »premik« v načinu pristopa, ki ga je pred leti omenjala Sedlarjeva (2002), »Gre za radikalen premik od absolutne »vednosti« strokovnjakov in zanemarjanja pobud uporabnikov psihiatrije do iskanja novih, boljših alternativ, v katere je uporabnik aktivno vključen«.

V procesu dela SPO je poleg zaupanja potreben trden odnos med osebjem in bolnikom, stalno opogumljanje za samooskrbo, kar je posebej pomembno za ljudi, ki težko sodelujejo. V terapevtski odnos vstopamo po načelu »PEST« (Amador, 2013):

- zrcalno poslušanje (kar v pogovoru s pacientom slišišiš, odzrcali brez pripomb, brez obramnega govora ali nasprotovanj),
- bodite empatični (izraziti soobčutenje za blodnjava prepričanja, za pacientovo željo, da bi dokazal, da ni bolan, za pacientovo željo, da bi se izognil zdravljenju),
- strinjati se (izpostaviti koristne plati, ki jih pacient zaznava, dogovor za »strinjanje v ne-strinjanju«),
- postanita tovariša (zastaviti dosegljive cilje, o katerih se s pacientom strinjamo, se dogovorimo);

5 Izkušnje

Začetki tima SPO Posavje so bilo izjemen izziv. Imeli smo strokovna izobrazbo, pridobljena različna izobraževanja, specialna znanja, izkušnje iz psihiatričnega področja in absolutno podporo vodstva matične ustanove. Kmalu smo ugotovile, da ima področje skupnostnega pristopa specifične razsežnosti in bo potrebno uporaben model na novo začrtati.

Izkazalo se je, da vstopanje v domače okolje in oseben prostor, ki ni kontrolirano klinično okolje ni preprosto. Oseba z duševno motnjo je pogosto v poslabšanju, z odklonilnim vedenjem in nekritična. Najprej je potrebno skozi fazo vzpostavljanja osnovnega zaupanja, šele nato, včasih po več tednih pričetek naslednjih korakov obravnave.

Pridobivale smo izkušnje, skrb opazovale in evalvirale lastne pristope in tako prišle do uporabnih načinov dela. Ki smo jih dodale predhodnemu strokovnemu znanju. Pomemben dejavnik je tudi skrb za lastno varnost, zato iz zgoraj omenjenih dejstev prakticiramo večino obiskov na domu v paru.

V Posavskem prostoru že poznamo realnost življenja oseb s hudo duševno motnjo izven institucije in njihovih svojcev. Razmere, v katerih živijo so pogosto blizu socialnega dna in rizične za ohranjanje psihofizičnega zdravja. Vključevanje v širši socialni svet izven naslova bivanja ovira geografska raznolikost, pomanjkanje sredstev, psihopatologija pacientov nerazvejanost in nedostopnost nevladnih organizacij ter drugih rehabilitacijskih služb.

Kot spodbudne pozitivne kazalnike našega dela lahko omenimo opažena daljša obdobja med eno in drugo hospitalizacijo pacienta v psihiatrični ustanovi, intenzivno spremljanje in zdravljenje ob poslabšanju v domačem okolju in višjo kakovost življenja pacientov

6 Zaključek

Menim, da smo z aplikacijo skupnostne psihiatrične obravnave na primarni ravni dosegli v Slovenskem prostoru napredek zdravstvenega sistema. V bodoče bi veljalo še bolj v ospredje postavili pomen kontinuiranosti v praksi, za kar bo potrebna primerna mera strokovne volje in povezovanja med različnimi strokovnimi skupinami in ustanovami, predvsem pa med segmenti primarnega, sekundarnega in terciarnega zdravstvenega varstva. Skela Savič (2007) ugotavlja, da so težnje različnih poklicnih skupin v zdravstvu usmerjene k razvoju svojih lastnih ciljev, procedur in rutin pri obravnavi pacienta. Zdravniki in medicinske sestre delajo ob istem pacientu in imajo različen načrt dela, ločene cilje, metode dela in sistem dokumentacije.

Različni profili SPO na primarni ravni pa že lahko predstavimo, da kot instrument svojega dela izpolnjujemo skupno dokumentacijo in sledimo skupnim ciljem, postavljenim za posameznega pacienta. Obravnave so koordinirane. Kot strokovno vrednoto v timu izpostavljamo visoko kulturo, zaupanje in spoštovanje do posameznih strok sodelavcev multidisciplinarnega tima SPO.

LITERATURA

1. Amador, X. (2013). Nisem bolan, ne potrebujem pomoči!. Ljubljana: Celjska Mohorjeva družba.
2. Bulič Vidnjevič, I. (2011). Modeli skupnostne psihiatrične obravnave – izkušnje in dileme pri prenosu v slovenski prostor. V B. Bregar (ur.), Skupnostna psihiatrična obravnava (1-5). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

3. Gouzaris, A., Mougiakos, T., Ploumpidis, D. in Bethani E. (2003). Prediktors of treatment discontinuity in outpatient community mental health care. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 12, 70.
4. Sedlar, T. (2002). Dolgoročne strategije razvoja zdravstvene nege na področju duševnega zdravja. *Obzornik zdravstvene nege*, 36, 143–151.
5. Skela Savič, B. (2007). Kontinuirana zdravstvena obravnava – izziv sodobnega menedžmenta bolnišnične zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 41, 3–11.
6. Švab, V. in Jerič, A. (2009). Skupnostna skrb za osebe s psihozo. V P. Pregelj (ur.), *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju* (458–462). Ljubljana: Šent-Slovensko združenje za duševno zdravje.
7. Thornicroft, G. and Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *Journal of Psychiatry*, 185 (4), 283–290.
8. Thornicroft, G. and Ward, P. (1999). The mental health matrix. *Medicine Journal*, 306 (6880), (768–771).
9. White, P. and Hall, M. (2006). Mapping the literature of case management nursing. *Journal of Medicine Library Association*, 94 (2), 99–106.
10. Zidarič, M., Nunčič, P. in Regoršek, V. (2011). Skupnostna psihiatrična obravnava na Oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. V B. Bregar (ur.), *Skupnostna psihiatrična obravnava* (1–5). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

The New Global Risk – Zika Virus

UDC 616.98:578.833.2

KEY WORDS: Zika virus, pandemic, diagnostics, prevention

ABSTRACT - Nowadays, the topic Zika is coming to the foreground. Zika is a virus transmitted mostly by the *Aedes Aegypti* mosquito and it may cause zika fever or may be without symptoms. It presents high risk to pregnant women, whose children can be affected by severe malformations. The Zika virus was first identified in monkeys in Uganda in 1947 and in humans also in Uganda and Tanzania in 1952. The first large epidemic broke out in Micronesia in the Pacific Ocean in 2007. It reached the level of pandemic in South America in 2015. Currently, Brasil is the most affected country, where the number of infected ones is going up to 1.5 million. France is a European country with the largest number of infected people, it is 880. There are 10 cases of infected people in the Czech Republic. The Zika virus has not been treatable so far. Many scientists from different countries work on the drug. The Czech team of scientists from Biology Centre of Academy of Science (ASCR) and Veterinary Research Institute in Brno discovered the substance directly blocking viral replication in a host cell. The staff of the Institute of Organic Chemistry and Biochemistry ASCR modifies these molecules to a medicine. This work investigates the Zika virus from all points of view. It elaborates information about the known symptoms. A part of the presentation is given to the way of transmittal and diagnostics. It studies prevention as well.

UDC 616.98:578.833.2

KLJUČNE BESEDE: Zika virus, pandemija, diagnostika, preprečevanje

POVZETEK - V zadnjem času postaja tema o virusu Zika vedno bolj aktualna. Zika je virus, ki se prenaša predvsem preko vboda komarja *Aedes Aegypti* in lahko povzroči vročico, lahko pa okužba poteka tudi brez simptomov. Predstavlja veliko tveganje za nosečnice, saj lahko okužba privede do hudih okvar na razvijajočem se otroku. Zika virus je bil prvič identificiran pri opicah v Ugandi leta 1947, leta 1952 pa tudi pri ljudeh v Ugandi in Tanzaniji. Prva velika epidemija je izbruhnila v Mikroneziji v Tihem oceanu leta 2007. Leta 2015 je okužba z virusom Zika dosegla raven pandemije v Južni Ameriki. Trenutno je najbolj prizadeta država Brazilija, kjer je število okuženih naraslo na 1,5 milijona ljudi. Evropska država z največjim številom okuženih oseb je Francija, kjer je okuženih 880 ljudi. V Češki republiki je zabeleženih 10 primerov okuženih ljudi. Zika virus doslej ni bil ozdravljiv. Mnogi znanstveniki iz različnih držav se ukvarjajo z razvijanjem zdravila. Češke ekipe znanstvenikov iz Biološkega centra Akademije za znanost (ASCR) in Veterinarskega raziskovalnega inštituta v Brnu so odkrile snov, ki neposredno blokira razmnoževanje virusa v celicah gostitelja. Osebjstvo Inštituta za organsko kemijo in biokemijo ASCR se ukvarja z modifikacijo molekul te snovi za uporabo v medicini. Prispevek obravnava Zika virus iz vseh zornih kotov. Podaja informacije o znanih simptomih, del prispevka je namenjen načinu prenašanja virusa in diagnostiki, preučuje pa tudi preventivo.

1 Introduction

Nowadays, the topic Zika is coming to the foreground. The word Zika comes from Luganda, the language used in African Uganda. It means “overgrown” in translation. This name carries the forest in Uganda, where the Zika virus was first identified in monkey macaques in Uganda in 1947. The Zika virus was first identified in humans in Uganda and The United Republic of Tanzania in 1952. The first large epidemic broke out in Micronesia in the Pacific Ocean in 2007. It reached the level of pandemic in South America in 2015.

Zika virus is an RNA virus with a positive polarity. The virus belongs to a family of Flaviviridae, a clan of Flavivirus and belongs to the same family as yellow or West Nile fever, dengue fever or chikungunya. Particles of virus have 40 nanometres in diameter, they have an outside cover and an inner dense nucleus. Zika is transmitted mostly by a mosquito and by sex. The virus presents high risk to pregnant women, whose children can be affected by severe malformations.

2 Work

2.1 Transmission

The virus is transmitted by the bite of an affected mosquito. According to the director of the Centre for Disease and Prevention and Control Tom Frieden only one bite of a mosquito can lead to congenital brain disorder. The mosquitoes of the Aedes clan have a competence to transmit the virus. The most frequent mosquitoes are Aedes Aegypti and probably Aedes Albopictus. Both of them are active mostly during a day.

An Egyptian mosquito or a tropical (Aedes Aegypti) is a proven disease vector of Zika virus. It comes from Africa. The biggest occurrence of the mosquito is on the Somali peninsula. The mosquito was reintroduced to the Pyrenean peninsula in the first half of the decade of this century.

A tiger mosquito (Aedes Albopictus) is not a proven disease vector of Zika virus. It came from Asia and the biggest occurrence of this mosquito is in Indonesia. The mosquito was introduced to Europe at the end of the second decade of the last century. It settled down firmly in many Mediterranean states and its elimination is not possible – Italy, Greece, Croatia, Catalonia. Aedes Albopictus appeared in Mikulov in south Moravia in the Czech Republic, but it did not find good conditions for its settlement.

Mosquitoes are not active in winter months, so humans cannot be infected by bites of mosquitoes. Transmission is possible from a mosquito to its eggs. Virus is stored in the mosquito's eggs.

Zika is transmitted among people by sex, so it includes vaginal, oral and anal ways. According to American scientists, the virus survives in humans semen, it means that affected men become disease vectors of this illness.

Next way how virus could be transmitted is from a mother to her child. The pregnant woman transmits virus to an embryo during pregnancy.

Virus could be transmitted by blood transfusion, even when a donor presents blood without symptoms of the illness.

The incubation period for Zika virus is 3 – 12 days, during which 60 – 80% infected humans do not show any symptoms.

2.2 Symptoms

Symptoms do not occur in 80% of affected humans, they are mild and last 2 – 7 days. People usually do not feel sick to visit a practitioner. Symptoms of Zika are similar as other illnesses, which are spread by mosquitoes.

The disease signifies elevated fever, which moves between 38 and 39°C, and a total weakness of an organism. A rash appears and has the disposition of spots and pimples at the same time. The rash spreads from face to body. The pain of muscles, headache and pain of joints, with possible swelling of smaller joints on the hands and legs occur, too. The disease can be accompanied with a blood congestion of conjunctivas or their non-festering bilateral inflammation.

Zika fever

Zika fever is caused by Zika virus. The fever is signified by a high temperature, the rash, a pain of joints and a headache. This result of illness usually does not ask for hospitalization in a hospital.

Microcephaly

Zika virus causes serious birth defects including microcephaly, which manifests by an atrophy or a premature end of a cerebrum growth. The brightest mark of microcephaly is a signal reduction of a head circuit. A cerebrum and brain are retarded in evolution. Very often a cognitive and motor retardation appears. In the individual human a development of speech is retarded. An issue with food intake also occurs; almost 30 % of patients suffer from underweight.

Patients may have problems with maintaining balance. Children, who suffer from microcephaly, are extremely active and show will free movement. About 10 % of affected humans suffer from grand mals. They have higher risk of having infectivious illnesses, which affect the length of their lives, which is caused by low immunity.

There are 2 – 12 children out of 10 000 children in the population.

Guillain-Barre's syndrome

Guillain-Barre's syndrome is a comparatively rare inflammatory disease, which affects nervous system, especially peripheral nerves. It lines up among so-called neuropathy, so it is a defect of many nerve fibres, whose function is disrupted. Often it is a serious disease, it usually manifests itself with rising paralysis, which starts as weakness in legs, which spreads to upper extremities and face, together with an absolute loss of deep tendon reflexes. Patients are at risk, because a diaphragm and intercostal muscles may paralyze, so it could lead to asphyxiation. Thanks to modern resources doctors are able to keep patient live in this stage. If this syndrome is detected on time, a patient has a good prognosis, because the illness drops back in time.

2.3 Diagnostics

Zika virus can be detected laboratorily in during the first few days after the breakout of the symptoms with PCR or virus isolation from a blood sample. Specific antibodies

develop at the end of the first week of the symptoms of the disease. For the examination 5 ml of clotting blood or 2-3 ml of serum is taken. Health Institute in Ostrava is the only laboratory in the Czech Republic and one of few laboratories in Europe that performs these tests.

Zika virus antibody ELISA IgG + IgM + VNT

The ELISA method may be difficult because of a crossed reaction with other flaviviruses; for example dengue virus, West Nile virus and yellow fever virus.

Zika virus RT-PCR of RNA

PCR diagnoses Zika infection from the patient's blood during viremia (presence of viruses in blood), which takes approximately 5-7 days. PCR can detect viral RNA in the urine of the patient in the period of 1- 2 weeks longer than in blood.

The virus neutralization test (VNT)

It is used to check the results. The diagnosis requires two serum samples. The first has to be taken during 3-10 days after the first symptoms and the other one 2-3 weeks later. An ultrasound examination can determine whether the embryo suffers from microcephaly from the 32nd week of pregnancy. In fact, a developmental disorder is recognized much later. The specialist can make a rough measurement of head circuit and compare it with standard values. A genetic testing of urine and blood of both parents can give a final confirmation.

2.4 Treatment

A specific Zika drug has not been developed yet. Treatment of the disease is only symptomatic. Enough rest and fluids are important to prevent dehydration. It is advisable to use drugs to reduce fever and pain. However, it is not suitable to take medicines containing acetylsalicylic acid or other nonsteroidal anti-inflammatory drugs (e.g. Ibuprofen or Naproxen), until the diagnosis of dengue is not excluded, as it reduces the risk of bleeding. The protection of others is important, too. If the infected person is bitten by a mosquito, the mosquito can be infected with the virus and it can transmit the virus to another person. Visiting doctor is needed immediately in case of fever, rash, joint pain, red eyes, in pregnant women during the two weeks after return from countries with occurrence of the Zika disease. There has been no vaccine that could be used as a prevention against infection so far.

Treatment of the microcephaly

Complex treatment of microcephaly has not existed yet. Deformations of the face can be removed surgically; deformation of ears can be solved by cochlear implants. Head size cannot be fixed. Parents can ensure regular physiotherapy and special speech teaching to improve the quality of life. It is very important to support the autonomy and work on a healthy self-confidence of the patient. However, symptoms such as hyperactivity or seizures can be treated.

Treatment of Guillain-Barre's syndrome

Treatment of Guillain-Barre's syndrome is possible. Plasmapheresis is used, it is a plasma purifying by a machine. Plasmapheresis removes antibodies attacking own tissues of the patient. It is also applied a large doses of immunoglobulins, but their exact effect is not known. If there is a paralysis of the respiratory muscles, it is necessary to connect the patient to a mechanical ventilation – this is a prevention of death. Vitamins are administered as supportive therapy. The patient's condition starts to improve after about a month spontaneously. The improving of the condition may take a few months or a year. In many patients the condition is completely healed, but sometimes there are still certain life movement disorders of a different rate.

2.5 Prevention

Prevention of the spread of the Zika virus can be divided into two sections. The sections are divided according to a mode of transmission. One of the involves the transfer by a mosquito bite while the second focuses on sexual contact. Pregnant women or women planning to become pregnant are advised not to travel abroad, where Zika virus occurs. Attention and assistance should be given to persons who are unable to defend themselves - children, sick or elderly.

Preventing mosquito bites

During travelling it is advisable to stay in a place with air conditioning or at least with nets in windows and doors. When you sleep, you can protect yourself with mosquito nets. Protection against mosquitoes is necessary during the day, too. A person should wear light-coloured clothing that covers as much of the body as possible. On the clothes and a body parts which are not shielded, repellent is applied. As a prevention of infection of others it is necessary to ensure that an infected person has not been bitten by any mosquito during the first week of illness. Stop of hatching mosquitoes is the most important way of prevention. The disposal of stagnant water is important, too. All containers that can hold water, such as buckets, barrels, flower pots, old tires or water bowls for pets, which may lead to hatching of mosquitoes should be cleaned regularly, emptied or covered.

Prevention of sexual transmission route

During sexual intercourse it is necessary to use protective equipment such as the prevention of other sexually transmitted diseases.

2.6 Occurrence

It depends on the occurrence of infected mosquitoes and the occurrence of the Zika virus, which was transmitted to other parts of the world where the mosquitoes do not live. Mosquitoes that are carriers of the virus are found in subtropical and tropical regions of continents, so it is not possible to be infected by the mosquito in Canada or Chile, but even there are cases of Zika virus diseases (Appendix 1). In countries where

Zika virus occurs, but there are not mosquito breeding grounds, the virus is transmitted by a sexual way, or people are infected through travelling.

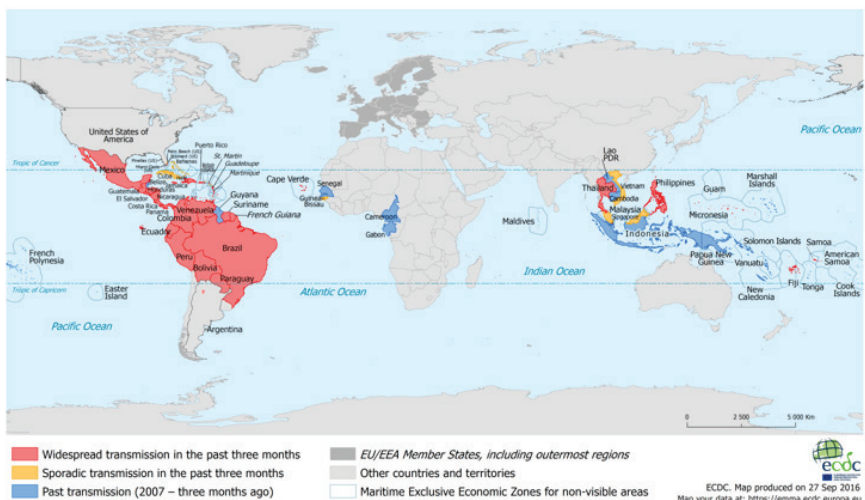
It is difficult to describe the exact occurrence because of continuous updating. Last update was on 30 August 2016. On this date, the largest number of newly infected people is attributed to Florida. In Europe, the Zika virus is occurred in 19 countries including the Czech Republic, Slovakia, Germany and Slovenia (Appendix 2).

3 Conclusion

Zika virus is an RNA virus transmitted by a mosquito or by sex. Other ways of transmission are from a mother to her child or blood transfusion. It presents high risk to pregnant women. Zika fever, microcephaly and Gullain-Barre's syndrome belong to symptoms. A person with suspicion on Zika virus has an option to go through laboratory tests. The Zika virus has not been treatable so far. Many scientists from different countries work on a drug. The Czech team of scientists has discovered the substance directly blocking viral replication. The scientists are now modifying these molecules to a medicine. The Zika virus is a new global risk, but with right prevention, it is possible to reduce the spreading to a minimum.

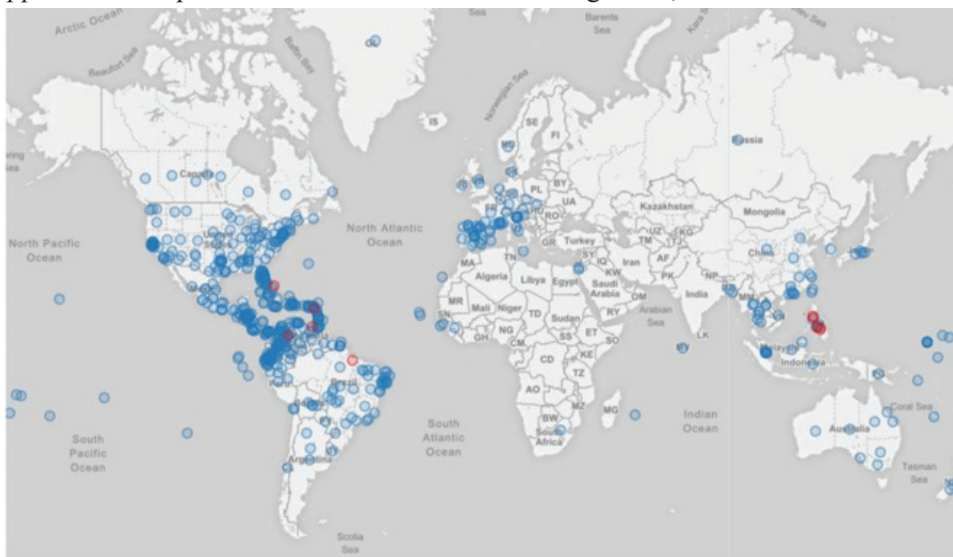
4 Appendix

Appendix 1: Map of occurrence of mosquitoes infected by Zika virus



Source: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/zika_virus_infection/zika-outbreak/Pages/Zika-countries-with-transmission.aspx

Appendix 2: Map of the Zika virus at the date of August 26, 2016



Source: http://www.rozhlas.cz/zpravy/clovek/_zprava/1578288

LITERATURE

1. Mikrocefalie. Anamnéza. Retrieved from <http://www.anamneza.cz/nemoc/Mikrocefalie-Mikrocefalie-Zika-Virus-mala-hlava-zpusobena-spatnym-vyvojem-plodu-11002#priciny-anch>.
2. MUDr. Jiří Štefánek. Polyneuropatie. 1.LK Univerzita Karlova. Retrieved from <http://www.stefajir.cz/index.php?q=polyneuropatie>.
3. Virus zika. Wikipedia. Retrieved 8 September 2016, from https://cs.wikipedia.org/wiki/Zika_virus.
4. Guillan-Barrého syndrom. Wikipedia. Retrieved 18 April 2016, from https://cs.wikipedia.org/wiki/Guillain-Barr%C3%A9ho_syndrom.
5. Reintrodukce. Wikipedia. Retrieved 12 September 2016, from <https://cs.wikipedia.org/wiki/Reintrodukce>.
6. Komár tygrovaný. Wikipedia. Retrieved 14 April 2016, from https://cs.wikipedia.org/wiki/Kom%C3%A1r_tygrovan%C3%BD.
7. ZIKA virus – informace. Státní zdravotnický ústav. Retrieved 28 January 2016, from <http://www.szu.cz/tema/prevence/zika-virus-informace-1>.
8. Virus Zika – laboratorní diagnostika. Státní zdravotnický ústav. Retrieved 4 February 2016, from <http://www.szu.cz/tema/prevence/virus-zika-laboratorni-diagnostika?highlightWords=ZIKA+virus>.
9. Virus Zika - přenos - komáři – aktualizace. Státní zdravotnický ústav. Retrieved 6 April 2016 from Virus Zika - přenos - komáři – aktualizace.
10. Informace o nákaze virem Zika – aktualizace k 25.1.2016. Státní zdravotnický ústav. Retrieved 28 January 2016, from <http://www.szu.cz/tema/prevence/informace-o-nakaze-virem-zika-aktualizace-k-25-1-2016?highlightWords=ZIKA+virus>.
11. MUDr. Ivan Tomášek, MUDr. Hana Zelená. Otázky a odpovědi: Co v současnosti víme o onemocnění Zika. Zdravotnický ústav se sídlem v Ostravě. Retrieved 3 February 2016, from <https://zuova.cz/Home/Clanek/zika-virus>.

12. MUDr. Hana Zelená. Aktuální informace k možnostem diagnostiky viru Zika v NRL pro arboviry. Zdravotnický ústav se sídlem v Ostravě. Retrieved 12 April 2016, from <https://zuova.cz/Home/Clanek/diagnostika-zika-viru>.
13. Petra Barochová. Virus zika: jedenáct zásadních věcí, které je dobré vědět. Onadnes.cz. Retrieved on 02/27/2016 from http://ona.idnes.cz/virus-zika-v-otazkach-a-odpovedich-d5n-zdravi.aspx?c=A160226_134329_zdravi_pet.
14. Prevention. Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved 31 August 2016, from <https://www.cdc.gov/zika/prevention/index.html>.
15. Protect Yourself & Others. Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved 25 July 2016, from <https://www.cdc.gov/zika/prevention/protect-yourself-and-others.html>.
16. About Zika. Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved 29 September 2016, from <https://www.cdc.gov/zika/about/index.html>.
17. Transmission & Risks. Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved 27 August 2016, from <https://www.cdc.gov/zika/transmission/index.html>.
18. Symptoms. Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved 28 Junij 2016, from <https://www.cdc.gov/zika/symptoms/symptoms.html>.
19. Zika Virus infection. Surveillance Atlas of Infectious Diseases. Retrieved from <http://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx?Dataset=284>.
20. Marína Dvořáková. Přehledně: Virus zika v otázkách a odpovědích. Zprávy. Retrieved 23 August 2016, from http://www.rozhlas.cz/zpravy/clovek/_zprava/1578288.
21. Virus zika je v Brazílii na ústupu, nakažených je však stále přes milion. iDNES.cz. Retrieved 25 April 2016, from http://zpravy.idnes.cz/who-virus-zika-je-v-brazilii-na-ustupu-dxw-/zahranicni.aspx?c=A160425_151812_zahranicni_fka.
22. V Česku se objevil čtvrtý případ viru zika, žena se vrátila z Martiniku. iDNES.cz. Retrieved 23 March 2016, from http://zpravy.idnes.cz/ctvrty-pripad-zika-cesko-0xl-/domaci.aspx?c=A160323_184725_domaci_jkk.
23. Velký úspěch: Češi jako první na světě našli látky proti viru Zika! Tn.cz. Retrieved 16 Junij 2016, from <http://tn.nova.cz/clanek/velky-uspech-cesi-jako-prvni-na-svete-nasli-latky-proti-viru-zika.html>.

Pomen praktičnega znanja prve pomoči pri zapori dihalne poti s tujkom

UDK 614.88:616.21

KLJUČNE BESEDE: prva pomoč, dihalne poti, tujki
POVZETEK - Zapore dihalne poti s tujkom niso pogoste, lahko pa ogrožajo življenje. Takojšnje prepoznavanje, razlikovanje med delno in popolno zaporo ter ustrezna prva pomoč so ključni za preprečevanje zapletov ali celo smrti zaradi zadušitve. Namen prispevka je primerjati raven poznavanja sodobnih smernic in praktičnega obvladovanja postopkov prve pomoči na primeru delne in popolne zapore dihalnih poti med laiki in zdravstvenimi delavci na območju Gorenjske. Zbiranje podatkov v okviru deskriptivne metode dela je potekalo z oceno ukrepanja anketirancev na modelu Choking Charlie (Leardal). Raziskovalni vzorec je zajemal 50 laikov in 50 zdravstvenih delavcev. 71 % vseh anketirancev pri delni zapori ukrepa neprimerno. Stanje popolne zapore dihal je prepoznalo 16 % anketiranih laikov in 70 % zdravstvenih delavcev. Pri popolni zapori dihal 42 % laikov nepravilno izvaja udarce med lopaticami in 68 % jih neprimerno izvaja stiske na trebuhu med popkom in žličko. Ugotovljene razlike med laiki in zdravstvenimi delavci kažejo na boljše, vendar ne povsem zadostno praktično znanje izbranih ukrepov prve pomoči pri zdravstvenih delavcih. Smiselno bi bilo pogostejše obnavljanje praktičnega znanja z uporabo sodobnih učnih pripomočkov.

UDK 614.88:616.21

KEY WORDS: first aid, airway obstruction, foreign body removal, foreign body

ABSTRACT - Airway obstructions by a foreign body are not common, but they can be life-threatening. Immediate recognition of the blockage of airways by a foreign body, differentiation between a partial and complete airways blockage, and performing the appropriate first aid are of key importance to prevent complications or even death due to suffocation. The purpose of the paper is to compare the level of knowledge of modern first aid guidelines as well as practical knowledge of first aid procedures in the case of a partial or complete airways blockage among healthcare professionals and lay individuals in Gorenjska region. Data gathering in the scope of the descriptive method was based on the evaluation of the respondents' actions using dolls Choking Charlie (Leardal). The research sample included 50 lay individuals and 50 healthcare professionals, all chosen randomly. 71% of all respondents responds inappropriately in the occurrence of the partial blockage. Only 16% of the surveyed lay individuals and 70% of healthcare workers can identify a complete blockage of airways. In the case of a complete blockage, 42% of lay people incorrectly carry the out strikes between shoulder blades and 68% of them incorrectly carry out pressure on the stomach, known as the Heimlich manoeuvre. The identified differences in knowledge between lay individuals and healthcare professionals show better, however, still not quite sufficient practical knowledge of selected first aid measures by healthcare workers, indicating a need for a more frequent renewal of practical knowledge using modern teaching aids.

1 Teoretična izhodišča

Zapora dihalne poti s tujkom je redek, vendar resen zaplet. S hitro prepoznavo in pravočasnim ter pravilnim dajanjem prve pomoči je lahko ozdravljiv vzrok smrti (ERC, 2015; Gradišek in Vidmar, 2008). Običajno nastane med pitjem ali hranjenjem (ERC, 2015). Torej gre večinoma za aspiracijo hrane, zlasti trdih delov, ki se ne morejo absorbirati (kosti, koščice) ter za aspiracijo delov zobnih protez, igel, gumbov, frnikul, kovancev, majhnih baterij, delov igrač, kovinskih in plastičnih delcev. V literaturi so

opisani posamezni izjemni primeri, kot je recimo aspiracija svinčnika (Perdija, 2001). Vzroki zapore dihalne poti so lahko tudi kri, bruhanje, neposredna poškodba obraza ali vratu, depresija centralnega živčnega sistema, otekanje žrela (npr. vnetje, edem), laringospazem, bronhospažem, bronhialni sekreti idr. (Soar in Nolan, 2006).

Zapora dihalne poti zaradi tujka se pogosteje pojavlja pri otrocih. Otroke najbolj ogrožajo zadušitve s hrano, zadušitve z drobnimi predmeti pa so pogostejše po prvem letu starosti, ko začne otrok intenzivneje raziskovati okolico. 85 % otrok, ki aspirirajo tujek, je mlajših od treh let. Približno 20 % primerov zapor dihal se zgodi pri starejših od 15 let. Če je dogodek veliko pogostejši pri otrocih, se pri odraslih pogosteje konča s smrtjo (Soroudi idr., 2007). Večje tveganje med odraslimi je pri dementnih osebah, mentalno prizadetih, osebah na intenzivnih oddelkih itd ... (Slabe in Romšek, 2010).

Tujki lahko povzročijo delno oz. blago zaporo ali popolno oz. hudo zaporo dihalnih poti, ki je življenjsko nevarna. Ko govorimo o delni zapori dihal, to pomeni, da nekaj zraka še lahko prehaja mimo ovire v dihalih, zato bolnik še diha, vendar je to oteženo, bolnik kašlja, ob tem hrope ali piska in lahko še kaj pove, vendar s težavo. Žrtev, ki ne more govoriti, ima šibak kašelj, se bori in ne more dihati, ima življenjsko nevarno zaporo dihalnih poti (ERC, 2015).

Doktrinarni napotki (ERC, 2015) za prve ukrepe pri delni zapori dihalnih poti narekujejo, da žrtev spodbujamo h kašljanju, saj sproži kašelj visok in stalen tlak v dihalnih poteh, ki lahko izloči tujek. Pri popolni zapori dihalnih poti s tujkom so za odrasle zavestne žrtve in zavestne otroke po enem letu starosti v okviru ukrepov prve pomoči učinkoviti udarci po hrbtu in pritiski na trebuh med popkom in žličko. Če postane žrtev neodzivna je potrebno takoj izvajati pritiske na prsni koš in po 30 pritiskih dati 2 vpiha, kar narekuje standardni protokol temeljnih postopkov oživljanja (ERC, 2015). Pritiski na prsni koš so v primerjavi z izvajanjem stiskov v trebuh učinkovitejši, saj povzročijo večji pritisk v dihalni poti (Langhelle, Sunde, Wik in Steen, 2000). Pritiski na prsni koš in trebuh lahko povzročijo resne notranje poškodbe, zato morajo biti vse osebe po teh postopkih zdravniško pregledane (ERC, 2015).

Pomembno vlogo pri prepoznavanju in ukrepanju ter zdravstveno vzgojnem usposabljanju laikov za preprečevanje in ukrepanje v primeru zapore dihalnih poti s tujkom imajo s svojim znanjem ter kompetencami diplomirane medicinske sestre in zdravstveniki (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2008). V centrih, ki imajo možnost za nabavo in vzdrževanje lutk z veliko podobnostjo človeku, se priporoča njihovo uporabo. Uporaba manj natančnih lutk pa je primerna za učenje na vseh ravneh tečajev (ERC, 2015). Primer take lutke, ki omogoča učenje izvajanja udarcev po hrbtu, stisov trebuha in pritiskov na prsni koš je Choking Charlie (Leardal, 2016).

2 Metoda

Namen raziskave je primerjati raven poznavanja sodobnih smernic prve pomoči in praktičnega znanja postopkov prve pomoči na primeru delne in popolne zapore dihalnih poti med laiki na območju Gorenjske in zdravstvenimi delavci. Raziskava na-

mensko poudarja tudi pomen uporabe sodobnih učnih pripomočkov pri učenju prve pomoči v primeru nastanka zapore dihalne poti s tujkom.

Iskanje literature kot podlaga empiričnemu delu je bilo opravljeno s pomočjo tematskih ključnih besed preko sistema COBISS, s pregledovanjem podatkovnih baz CI-NAHL, Medline, PubMed, ScienceDirekt ter Google učenjak. Empirični del je temeljil na deskriptivni metodi dela. Raziskava je bila izvedena med 1. 2. in 30. 4. 2016 med naključno izbranimi laiki na Gorenjskem ter med zdravstvenimi delavci v Domu starejših občanov Preddvor ter nekaterimi drugimi naključno izbranimi zdravstvenimi delavci. Celoten vzorec je štel 100 izbranih oseb, od tega 50 laikov brez kakšnega obsežnejšega usposabljanja iz prve pomoči in 50 zdravstvenih delavcev različnih strok ter z različno stopnjo izobrazbe. Med zdravstvene delavce so šteli bolničarji, tehniki zdravstvene nege, srednje medicinske sestre, diplomirane medicinske sestre, zdravstveniki in zdravniki. Zbiranje podatkov v je potekalo z oceno praktičnega preizkusa anketirancev s pomočjo obstoječega ocenjevalnega lista (Slabe in Šutanovac, 2014). Pri praktičnem preizkusu so bili anketiranci po slišnem (za vse enakem) scenariju, ki je najprej vključeval delno in nato popolno zaporo dihalne poti s tujkom, naprošeni za izvedbo praktičnih ukrepov pri zapori dihal s tujkom pri odraslem na lutki Choking Charlie (Leardal). Kasneje so dobili v izpolnitev anketni vprašalnik. Slednji je zajemal demografske podatke in vprašanja zaprtega in polodprtega tipa. Sodelovanje je bilo prostovoljno in anonimno. Kvantitativna analiza podatkov je bila narejena s programom Microsoft Excel.

Rezultati so predstavljeni primerjalno, vendar je glavni namen raziskave ugotoviti kakšno je praktično znanje vseh anketiranih. Omejitev raziskave se kaže tudi v možnosti subjektivnega vpliva ocenjevalca praktičnega znanja, čemur smo se z predhodno preverjenih ocenjevalnim listom kot merskim instrumentom, poskušali čim bolj izogniti. Kot ustrezno močan udarec med lopaticama smo smatrali če je tujek izpadal, ali pa da udarci niso bili prešibki, kot ustrezen stisk v trebuh pa smo upoštevali le primere, ko je simuliran tujek izpadal iz modela.

3 Rezultati

3.1 Demografski podatki anketirancev

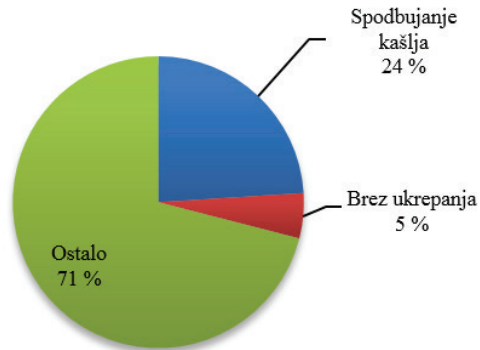
Več kot polovico vseh anketirancev je bilo starih med 19 in 25 ali 36 in 45 let. Prevladovala je srednješolska izobrazba (52 %). Izobrazbena sestava zdravstvenih delavcev nam razkrije, da je v raziskavi sodelovalo največ srednjih medicinski sester/tehnikov ter bolničarjev, skupaj kar 42, kar je značilno za kader zaposlen v Domu starejših občanov. Večino anketirancev se je nazadnje izobraževalo o prvi pomoči pred 1 do 5 leti, le redki zadnje leto.

3.2 Odziv pri delni zapori dihalne poti

Večina anketirancev ne razlikuje med delno in popolno zaporo dihalne poti zaradi tujka. Posledično je 71 % sodelujočih pri delni zapori ukrepalo drugače kot je bilo iz

opisa premera potrebno. To pomeni, da so takoj pričeli izvajati udarce med lopaticami ali stiske trebuha čeprav je šlo za scenarij z delno zaporo v katerem je oseba močno in učinkovito kašljala. (graf 1)

Graf 1: Odstotkovna razporeditev ukrepov anketirancev pri delni zapori dihalne poti

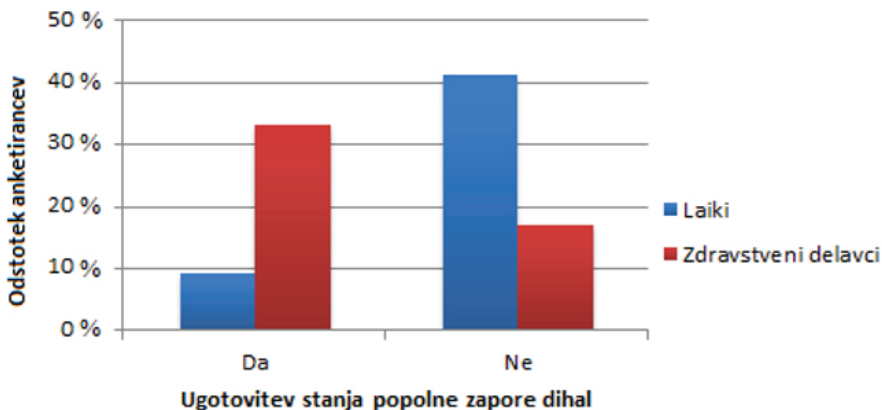


Vir: Lastni vir.

3.3 Odziv pri popolni zapori dihalne poti

Le 16 % anketiranih laikov zna ugotoviti stanje popolne zapore dihal, za razliko od zdravstvenih delavcev, ki to ugotovijo v 70 %. (graf 2)

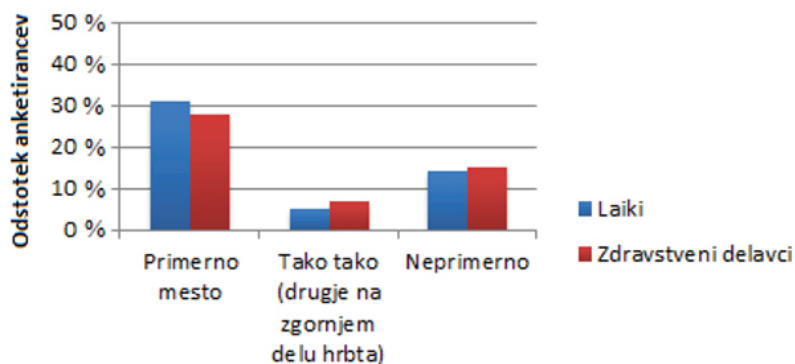
Graf 2: Odstotkovna razporeditev anketirancev glede na ugotovitev stanja popolne zapore dihal, primerjava med laiki in zdravstvenimi delavci



Vir: Lastni vir.

Laiki, ki so ugotovili popolno zaporo dihalne poti so v večini primerov ustrezno izvedli udarce med lopaticama, v tem primeru se odstotek primernege mesta udarjanja med laiki in profesionalci bistveno ne razlikuje. Več kot 60 % zdravstvenih delavcev in nekaj manj kot 50 % laikov je udarce izvajalo na pravem mestu (graf 3).

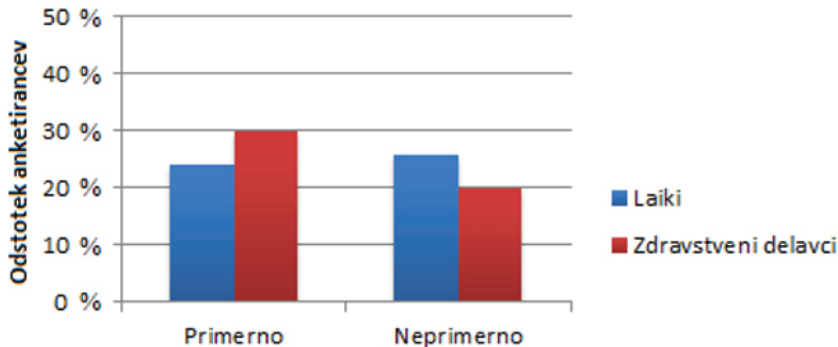
Graf 3: Odstotkovna razporeditev anketirancev glede na mesto izvajanja udarcev med lopaticami, primerjava med laiki in zdravstvenimi delavci



Ukrepanje pri popolni zapori dihal - MESTO udarcev med lopaticami

Pri moči udarcev ni velikega odstopanja med primerno in neprimerno močjo, prav tako tudi med obema skupinama anketirancev ne (graf 4).

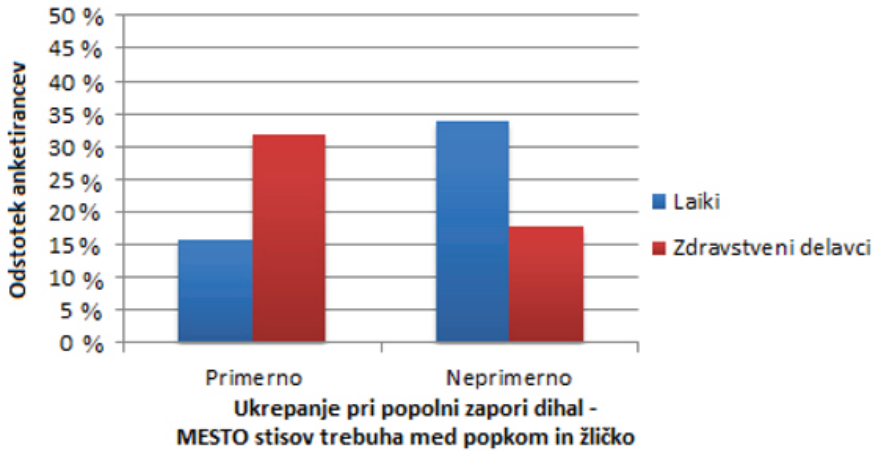
Graf 4: Odstotkovna razporeditev anketirancev glede na moč izvajanja udarcev med lopaticami, primerjava med laiki in zdravstvenimi delavci



Ukrepanje pri popolni zapori dihal - MOČ udarcev med lopaticami

Laiki v velikem številu neprimerno oz. na nepravem mestu izvajajo stiske trebuha (graf 5).

Graf 5: Odstotkovna razporeditev anketirancev pri izvajanju stiskov trebuha na pravilnem mestu, primerjava med laiki in zdravstvenimi delavci



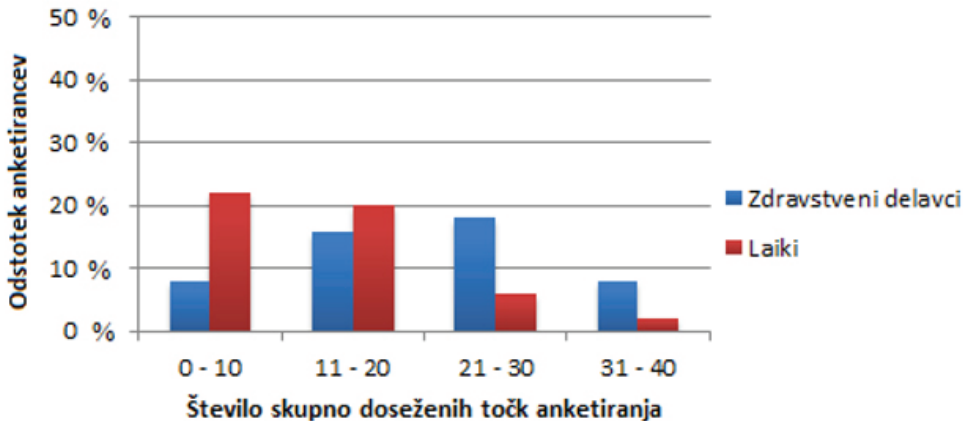
Pri moči izvajanja stisov trebuha je delež pravilnega in nepravilnega izvajanja kar precej podoben pri obeh skupinah in se povsod deli približno na 50 %. Primerno število izvedenih stisov trebuha (5-krat) je pri obeh skupinah samo 26 %.

V skupnem dosegu točk od možnih 40, glede na celotni praktični preizkus so zdravstveni delavci dosegli boljše rezultate (graf 6). Laiki so izgubili točke predvsem zaradi nepravilnega izvajanja ukrepov pri delni zapori dihal.

Graf 6: Odstotkovna razporeditev anketirancev glede na skupno število doseženih točk pravilnega izvajanja celega praktičnega preizkusa

Pri dobri polovici anketirancev je tujek med posredovanjem izletel, pri 46 % pa je bil še vedno prisoten v dihalni poti in prijemi niso pomagali pri reševanju (graf 7).

Graf 7: Odstotkovna razporeditev rezultatov ukrepov- stanje tujka v dihalnih poteh



Po odstranitvi tujka je le majhen delež (34 %) anketirancev navedlo, da bi napotili prizadetega v zdravstveno ustanovo na pregled zaradi možnih notranjih poškodb. V

primeru neuspešne odstranitve tujka ter nezavesti prizadetega je 70 % anketirancev pravilno navedlo, da bi pričeli s stiski prsnega koša, 22 % pa nepravilno, da bi pričel z vpihi usta na usta. Majhen delež (8 %) anketirancev ni vedelo kaj naj naredi, so le obstali ali pa so poklicali zdravniško pomoč na 112.

4 Razprava

Pravilo naglega, pravilnega in v pravilnem zaporedju dane prve pomoči (Derganc, 1994) je pri zapori dihalne poti s tujkom še zlasti v ospredju. Gre za ukrepe prve pomoči, ki se sicer izvajajo redko, so pa potrebni brez obotavljanja. Pogostost pojava tudi ni velika, kar poveča tudi potrebo po praktični vaji s pomočjo simulacije. Zapora dihalne poti s tujkom je namreč najpogostejša pri majhnih otrocih.

Glede na nove smernice (Smernice za oživljanje, 2015) je prvi in najboljši ukrep pri delni zapori dihalnih poti spodbujanje h kašlju, kajti na ta način lahko tujek sam izleti. Ugotovitev, da 71 % vseh anketirancev ukrepa drugače si lahko razlagamo tako, da večina ljudi ne zna ločiti med delno in popolno zaporo dihalnih poti. Ukrepi kot sta udarjanje med lopaticama in izvajanje stiskov v trebuh, kar bi omenjeni odstotek anketirancev storil v takšnem primeru, lahko v primeru delne zapore dihal povzročijo popolno zaporo dihal ali nepotrebne poškodbe na telesu. Tudi rezultati sorodne raziskave kažejo na podoben problem, izkazalo se je namreč, da imajo anketirani težave z razlikovanjem med delno in popolno zaporo dihalne poti s tujkom. Več kot polovica anketiranih (57 %) bi takrat, ko bi šlo za delno zaporo, ukrepala neustrezno, saj bi prizadetega udarjali med lopatici (Slabe in Romšek, 2010). Nujnost pri upoštevanju odpravljanja teh pomanjkljivosti v znanju prve pomoči podpira tudi dejstvo, da je najpogosteje zapora dihalnih poti zaradi tujka delna (Vidmar, 2006).

Ustreznejše izvajanje udarcev med lopaticama ter stiskov trebuha med popkom in žličko, večja natančnost, suverenost ter pravilnejši način izvajanja ukrepov prve pomoči, kaže na boljše znanje zdravstvenih delavcev v primeru nastanka popolne zapore dihalne poti. Rezultati ukrepov vseh anketirancev kažejo, da bi se praktično znanje dajanja prve pomoči v primeru nastanka popolne zapore dihalne poti s tujkom, lahko izboljšalo. To podkrepi že rezultat, da dobrih 60 % zdravstvenih delavcev in nekaj manj kot 50 % laikov udarce izvaja na pravem mestu. Laiki v velikem številu neprimerno oz. na nepravem mestu izvajajo stiske trebuha.

Pomoč prizadetemu se je obrestovala v nekaj več kot 60 %, ko je tujek izletel in si je s tem prizadeti opomogel in pričel normalno dihati. Po odstranitvi tujka le majhen delež (34 %) anketirancev navaja, da bi napotili prizadetega v zdravstveno ustanovo na pregled, kar bi bil nujen ukrep, saj ob izvajanju teh ukrepov lahko nastanejo notranje poškodbe (ERC, 2015).

Spodbuden rezultat je, da v primeru neuspešne odstranitve tujka ter nezavesti prizadetega 92 % anketiranih pričelo z izvajanjem temeljnih postopkov oživljanja. 70 % anketirancev ukrepa pravilno in bi pričelo z stiski prsnega koša, 22 % pa bi jih pričelo

z vpihi usta na usta. Le 8 % anketirancev ne bi ukrepalo, ker niso vedeli kako ali pa so enostavno obstali, navajajo pa, da bi poklicali zdravniško pomoč na 112.

Redkost pojava zapore dihalne poti s tujkom in nezadostno praktično znanje prve pomoči med anketiranimi podpira številna priporočila o pomenu praktičnega usposabljanja laikov in zdravstvenih delavcev. Oboji se lahko srečujejo z rizično skupino oseb za nastanek tega zapleta, ki zahteva hitro ukrepanje. Le-to je možno samo z predhodnim razumevanjem teoretičnega ozadja o zapori dihalne poti s tujkom (razlikovanje med delno in popolno zaporo), predvsem pa s praktično vajo v primeru nastanka popolne zapore dihalne poti. To je možno le z uporabo sodobnih učnih pripomočkov, kar potrjujejo tudi številne raziskave na tem področju. Analiza 182 študij, ki raziskujejo učinek simulacijskega treninga na znanje veščin temeljnih postopkov oživljanja govori v prid velike učinkovitosti le-tega (Mundell, Kennedy, Szostek in Cook, 2013).

LITERATURA

1. Derganc, M. (1994). Osnove prve pomoči za vsakogar, Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 17.
2. European Resuscitation Council (2015). Guidelines for Resuscitation 2015: Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. Pridobljeno 20. 10. 2016, s <http://ercguidelines.elsevierresource.com>.
3. Gradišek, P. in Vidmar, I. (2008). Temeljni postopki oživljanja. V U. Ahčan, D. Slabe, R. Šutanovac (ur.). Prva pomoč: priročnik za bolničarje. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 41–56.
4. Laerdal (2016). Chalking Charlie. Pridobljeno 22. 10. 2016, s <http://www.laerdal.com/us/item/102-00001>.
5. Langhelle, A., Sunde, K., Wik, L. and Steen, P. A. (2000). Airway pressure with chest compressions versus Heimlich manoeuvre in recently dead adults with complete airway obstruction. *Resuscitation*, 44 (2), 105–108.
6. Mundell, W. C., Kennedy, C. C., Szostek, J. H. and Cook, D. A. (2013). Simulation technology for resuscitation training: a systematic review and meta-analysis. *Resuscitation*, 84 (9), 1174–1183.
7. Perdija, Ž. (2001). Tujki v dihalih s prikazom zanimivega primera. V *Urgentna medicina*, izbrana poglavja 7, 8. mednarodni simpozij urgentne medicine, Portorož, 13.–16. junij 2001 (str. 265–269). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
8. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (2008). Pridobljeno 20. 10. 2016, s http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/poklicne_aktivnosti_in_kompetence08_0.pdf.
9. Slabe, D. in Šutanovac, R. (2014). Prva pomoč: ocena praktičnega dela. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 4.
10. Smernice za oživljanje 2015 Evropskega reanimacijskega sveta. (2015). V P. Gradišek, M. Grošelj Grenc, A. Strdin Košir (ur.). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino. Pridobljeno 22. 10. 2016, s http://www.szum.si/media/uploads/files/ERC_2015_slo-1.pdf
11. Soar, J. and Nolan, J. (2006). Immediate Life Support. UK: European Resuscitation Council, 7.
12. Soroudi, A., Shipp, H. E., Stepanski, B. M., Ray, L. U., Murrin, P. A., Chan, T. C., Davis, D. P., Vilke, G. M. (2007). Adult foreign body airway obstruction in the prehospital setting. *Prehosp Emerg Care*, 11 (1), 25–29.
13. Vidmar, I. (2006). Temeljni postopki oživljanja otroka. V U. Ahčan (ur.), Prva pomoč, priročnik s praktičnimi primeri (87–89). Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.

Spletni izobraževalni moduli za izvajanje kognitivne vedenjske terapije pri depresivno anksioznih motnjah

UDK 616.895+37:004.738.2

KLJUČNE BESEDE: depresija, kognitivna vedenjska terapija, splet

POVZETEK - Pomemben del zdravstvene obravnave pacientov z duševnimi motnjami je psihoterapija, ki temelji na učenju in terapevtski komunikaciji. Terapevtski pogovor je možno izvajati tudi na daljavo, pri čemer si pomagamo s komunikacijskimi kanali. Med njimi izpostavljamo svetovni splet. Eden izmed načinov učinkovite uporabe spleta so spletni izobraževalni moduli za kognitivno vedenjsko terapijo. V raziskavi smo uporabili deskriptivno metodo dela. Za zbiranje podatkov smo uporabili metodo pregleda literature. Literaturo smo iskali s pomočjo portala DiKul. S prebiranjem naslovov smo iz začetnih 106 zadetkov izločili 73 enot literature. Med njimi smo s pomočjo prebiranja izvodkov izločili še 17 enot literature. Izmed preostalih 15 enot literature smo v končni analizi upoštevali 7 izvirnih znanstvenih člankov. Ugotovili smo, da se izobraževalni moduli v praksi ne pojavljajo samostojno, temveč je posredovana vsebina razdeljena na več izobraževalnih modulov, ki skupaj tvorijo izobraževalni cikel. S pregledom literature nismo mogli dokazati uspešnosti samostojnega delovanja spletnih izobraževalnih modulov, zaradi nujnega vmešavanja raziskovalca v raziskavo. Zaradi velike prevalece, dolgotrajnega zdravljenja in pomanjkanja strokovnjakov za obravnavo oseb z depresijo v Sloveniji, so spletni izobraževalni moduli možna komplementarna metoda ob klasični zdravstveni obravnavi.

UDC 616.895+37:004.738.2

KEY WORDS: depression, cognitive behaviour therapy, Internet, World Wide Web

ABSTRACT - In mental health, psychotherapy is an important part of patient treatment which relies on learning and therapeutic communication between the patient and health worker. Moreover, the therapeutic communication can be also conducted without physical contact with the help of many different communication channels, pointing out the World Wide Web. One of the efficient ways of using the Web are Internet-based cognitive behavioural therapy (iCBT) education modules. In this research we used the descriptive method and literature review for data collection. Literature was obtained with DiKul search engine. From the first 106 hits we excluded 73 units of literature according to their titles. With further abstract analysis we excluded 17 units of literature which resulted in 15 units of literature used for this article. After extended reading, we performed the final analysis of 7 original scientific articles. We determined the typical structure of iCBT modules, which do not appear individually but rather combined thematically in an educational cycle. With this review we could not determine the efficiency of the independent use of iCBT modules due to the interference of researcher required for data collection. Because of the high prevalence, long-term treatment and a lack of mental health professionals in Slovenia, using iCBT modules can be a possible complementary method to the traditional way of treating anxiety and depression.

1 Teoretična izhodišča

Zdravstveni delavci lahko na različne načine komunicirajo s pacientom. Internet omogoča bolj kompleksno komunikacijo kot drugi komunikacijski kanali (telefon, pošta, mediji). Omogoča namreč doseganje velikega števila ljudi hkrati, pri čemer lahko posredovano vsebino oblikujemo na najbolj učinkovit in privlačen način. Najpreprostejša oblika spletne komunikacije je elektronska pošta, ki se že uporablja v kliničnem

okolju (Newhouse, Lupiáñez-Villanueva, Codagnone in Atherton, 2015). Pacient se tako posvetuje o manj zapletenih zdravstvenih težavah ali prosi za nasvet o vodenju svoje bolezni. Hkrati se je elektronska pošta izkazala kot odličen način urejanja administrativnih opravil in dogovarjanj za ambulantni obisk (Ruiz, García in Riquelme, 2014). Bolj napredno spletno komunikacijo srečamo pri spletnih izobraževalnih modulih, ki so inovativen način uporabe interneta pri izbrani populaciji. Spletni izobraževalni moduli nam omogočijo ekonomičen in učinkovit način komunikacije in izvajanja zdravstvenovzgojne dejavnosti (Carpenter, Stoner, Mundt in Stoelb, 2012) pri večjem številu pacientov. Vsebine, ki jih posredujemo s pomočjo interneta, so lahko prilagojene skupini pacientov s točno določeno boleznijo, tako da vplivajo na njihovo zdravstveno stanje, ali so namenjene širši populaciji kot preventivne dejavnosti. Posredovanje zdravstvenovzgojnih vsebin preko spleta je veliko cenejše in zato širše dostopno kot individualni pogovor ali skupinska srečanja.

Za zdravstveno obravnavo na področju duševnega zdravja je značilno prepletanje medikamentoznih in psihoterapevtskih pristopov zdravljenja. Ker psihoterapija temelji na učenju in komunikaciji s pacientom (Mattsson idr., 2013), lahko takšno obliko zdravljenja izvajamo tudi na daljavo, kjer internet odigra vlogo komunikacijskega kanala. Spletne vsebine so lahko predstavljene na zanimiv, večpredstavnostni in interaktiven način, hkrati pa prinašajo prednosti, ki jih s komunikacijo v živo ne moremo doseči. Pacient, ki prejme terapijo preko spleta je vključen v skupnost, terapija se izvaja v udobju domačega okolja in v takšnem tempu ter tolikokrat, kot to potrebuje. Splet pacientu daje občutek anonimnosti, kar je zaradi stigmatizacije še posebej pomembno na področju duševnega zdravja. Duševne motnje z največjo prevalenco so anksiozne in depresivne motnje, ki se večinoma zdravijo s kombinacijo medikamentozne in kognitivno vedenjske terapije (Soleimani idr., 2015). Kognitivno vedenjska terapija temelji na spreminjanju pacientovega vedenja, kar olajša simptome in izboljša počutje (Gratzer in Khalid-Khan, 2016). Spletni izobraževalni moduli pacientu pomagajo pridobiti znanje o naravi njegove bolezni in ga učijo, kako lahko na njen potek vpliva sam.

Zdravljenje depresije, je dolg proces. Za uspešno zdravljenje je pomembno pacientovo sodelovanje tako pri jemanju predpisanih zdravil kot tudi v psihoterapevtskem procesu, kjer se mora pacient redno udeleževati individualnih in skupinskih srečanj (Hilvert-Bruce, Rossouw, Wong, Sunderland in Andrews, 2012). Tudi spletni izobraževalni moduli zahtevajo sodelovanje, saj ne morejo delovati, v kolikor jih pacienti ne uporabljajo in ne izvajajo naloge, ki jih predvideva. Dosledna uporaba dokazano izboljša končne izide zdravljenja (Hilvert-Bruce idr., 2012). Delovanje preko spleta nam lahko omogoči dobro sledljivost pacienta ter hkrati možnost opominjanja z avtomatskimi elektronskimi sporočili in opomniki, s čimer lahko vplivamo na povečanje sodelovanja (Christensen, Griffiths in Farrer, 2009). Na pacientovo sodelovanje vpliva tudi večja individualizacija vsebin (Lindenberg, Moessner, Harney, McLaughlin in Bauer, 2015), ki jo lahko izboljšamo z vključevanjem interaktivnih vsebin spletnih izobraževalnih modulov. Sodelovanje pri uporabi izobraževalnih modulov lahko povečamo tudi s pomočjo elektronske pošte ali telefonskega klica s strani zdravstvenega

delavca (Choi idr., 2012; Dear idr., 2013; Kivi idr., 2014). Zdravstveni delavec poleg priprave internetnih vsebin vpliva na sodelovanje pacienta predvsem s podporo, ki jo ponudi. Cilj terapevtskega dela je čim večja samostojnost pacienta, torej postopno osamosvajanje pri uporabi spletnih orodij, kar končno prispeva tudi k večji cenovni učinkovitosti teh programov.

Uporaba kognitivne vedenjske terapije preko interneta za enkrat kaže pozitivne rezultate na različnih področjih duševnega zdravja (Beatty, Koczwara in Wade, 2011; Gratzter in Khalid-Khan 2016; Pugh, Hadjistavropoulos in Dirkse, 2016). V prispevku pa smo se osredotočili na zdravljenje anksioznih in depresivnih motenj s pomočjo izobraževalnih modulov, ki temeljijo na kognitivni vedenjski teoriji.

1.1 Namen

Namen raziskave je pregled literature o izobraževalnih moduli za izvajanje kognitivne vedenjske terapije pri zdravljenju depresivne in anksiozne motnje.

Raziskovalno vprašanje:

- Ali je za uspešno izvajanje vedenjske kognitivne terapije za zdravljenje depresivne, anksiozne motnje preko interneta potrebno posredovanje zdravstvenega delavca?

Cilj pregleda literature je identificirati in oceniti znanstvene dokaze o uporabi in učinkovitosti spletnih izobraževalnih modulov za zdravljenje depresivne in anksiozne motnje s pomočjo kognitivne vedenjske terapije.

2 Metode

Za izdelavo prispevka smo uporabili deskriptivno metodo dela. Za zbiranje podatkov smo uporabili metodo pregleda literature. Literaturo smo iskali s pomočjo portala Di-Kul, kjer smo uporabili ključne besede »nurse« AND/OR, »nursing« AND »internet«, AND »communication«, AND »cognitive therapy«, OR »CBT«, OR »iCBT«, AND »depression«, AND/OR anxiety. Končni pregled literature nam je podal 106 zadetkov. Pri končni analizi smo upoštevali samo izvirne znanstvene članke, ki s ustrezali našim vključitvenim kriterijem. Izključitveni in vključitveni kriteriji so razvidni v Tabeli 1. Literaturo smo iskali od 5. 6. 2016 do 23. 6. 2016.

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji za izbor literature

Kriterij	Vključitveni kriterij	Izključitveni kriterij
Uporabnik	pacient (ogrožen ali z že razvito boleznijo)	študentje, zdravstveni delavci, svojci
Komunikacijski kanal	internetna tehnologija	komunikacija s tiskom, mediji, telefonom
Bolezensko stanje	depresivne, anksiozne motnje	druge duševne motnje
Način komunikacije	posredna komunikacija s posebej zasnovanimi in strukturiranimi izobraževalnimi moduli	neposredna komunikacija z zdravstvenim delavcem, nestrukturirano posredovanje informacij (članki, zloženke)
Leto objave	2011 – 2016	starejši od 5 let
Jezik	angleški	drugi jeziki
Vrsta publikacije	izvirni znanstveni članki, pregledni znanstveni članki	neobjavljeni materiali, zdravstvena dokumentacija, nerecenzirane publikacije

3 Rezultati

S prebiranjem naslovov smo iz začetnih 106 zadetkov izločili 73 enot literature. Med njimi smo s pomočjo prebiranja izvlečkov izločili še 17 enot literature. Izmed preostalih 15 enot literature smo v končni analizi upoštevali 7 izvirnih znanstvenih člankov. Upoštevana literatura in glavne ugotovitve so predstavljene v Tabeli 2.

3.1 Sestava izobraževalnih modulov

Izobraževalni moduli se v praksi ne pojavljajo samostojno pač pa je posredovana vsebina razdeljena na več izobraževalnih modulov, ki skupaj tvorijo izobraževalni cikel. Izobraževalni ciklusi so si po sestavi podobni, vendar se predstavljene tematike razlikujejo glede na ciljno skupino pacientov. V pregledu literature smo zaznali izobraževalne cikle v razponu med 6 in 12 izobraževalnih modulov (Newby idr., 2014; Dear idr., 2013; Choi idr., 2012).

Znotraj posameznega izobraževalnega ciklusa vsak modul pokriva določeno tematiko, ki je pomembna za pacientovo spoprijemanje z depresijo. Tematike zaznane v pregledu literature smo združili v pet skupin. Primeri tematik v izobraževalnih ciklikih so:

1. Osnovne informacije o pojavnosti, simptomatiki in zdravljenju depresivne, anksiozne motnje (Newby idr., 2014).
2. Navodila, napotki o obvladovanju simptomov depresije.
3. Osnovni koncepti kognitivne vedenjske terapije (Dear idr., 2013):
 - strukturirano reševanje problemov,
 - nadzorovanje pozornosti,
 - samoopazovanje,
 - samonadzorovanje (Choi idr., 2012; Dear idr., 2013),
 - načrtovanje aktivnosti,
 - postopno izpostavljanje (angl. graded exposure) (Newby idr., 2014).

4. Informacije o vedenjski aktivaciji.

5. Informacije o recidivih in načinih preprečevanja recidivov (Newby idr., 2014).

Celotna vsebina je povzeta znotraj celega ciklusa, ki je pacientu predstavljen po delih. Omejitve: Največja omejitev vrednosti raziskovalnih rezultatov študij na tem področju je dejstvo, da pacienti izobraževalnih ciklusov pogosto niso dokončali. Tako pacienti niso sodelovali pri vseh tematskih sklopih, kar pa je omejilo objektivizacijo uspešnosti (Dear idr., 2013; Kivi idr., 2014; Newby idr., 2014).

Znotraj izobraževalnega ciklusa so predvidene aktivnosti oziroma naloge, ki jih mora pacient izvajati. Naloge so povezane z različnimi področji doživljanja in kognicije, njihovo izvajanje pa je sestavni del procesa zdravljenja. Primeri vaj, ki jih izobraževalni moduli predvidevajo so:

- Zapisovanje čustvenih doživljanj v dnevnik.
- Načrtovano, dokumentirano postopno izpostavljanje (Dear idr., 2013; Newby idr., 2014).
- Vaje za izboljševanje pozornosti (Dear idr., 2013).
- Redna telesna dejavnost.
- Izvajanje dihalnih vaj.
- Načrtovanje aktivnosti.
- Načrtovanje preprečevanja recidiva (Newby idr., 2014).
- Vaje pomagajo pri lažšanju simptomov depresije in pacienta učijo tehnik za nadaljnje spoprijemanje z boleznijo (Hilvert-Bruce idr., 2012).

Tabela 2: Upoštevana literatura v končni analizi

<i>Avtorji</i>	<i>Metodologija</i>	<i>Namen</i>	<i>Glavne ugotovitve</i>
Beatty idr., 2011	Pilotna študija izvedena na vzorcu 12 onkoloških pacientov.	Ocenjevanje uspešnosti modula za preprečevanje depresije z osredotočenjem na zmanjševanje stresa.	Spletni moduli omogočajo dostop do potrebnih informacij za samopomoč pri obvladovanja stresa. Učinki so zmerni oziroma vidnejši dlje časa po intervenciji.
Choi idr., 2012	Randomizirana kontrolna študija z vzorcem 55 pacientov razdeljenih na kontrolno in testno skupino.	Ob pomoči terapevta izvajati 6 modulov, ki temeljijo na kognitivni vedenjski terapiji. Preizkusiti uspešnost na populaciji Kitajcev živečih v Avstraliji.	Kognitivno vedenjska terapija je bila uspešna kljub kulturnim posebnostim ciljne populacije z zmernim naporom zdravstvenega delavca. Zmanjšanje simptomov depresije glede na CB-PHQ9.
Dear idr., 2013	Odperta študija izvedljivosti z vzorcem 20 pacientov s simptomi depresije.	Z vodenjem terapevta dokončati 8 modulov za zmanjševanje simptomov depresije. Preizkusiti izvedljivost za populacijo nad 60 letom starosti.	Zmanjšanje simptomov depresije glede na PHQ9, GDS in GAD-7.

Newby idr., 2014	Odperta študija učinkovitosti z vzorcem 707 pacientov v procesu zdravljenja depresije.	Z vodenjem terapevta dokončati 6 izobraževalnih modulov in ocenjevanje vpliva intervencije na simptome depresije.	Viden učinek intervencije na simptome depresije po lestvicah PHQ-9 in GAD7. Največji učinek viden na lestvici PHG 9 in PHQ 9 samomorilnosti, ter manjši učinek na GAD 7.
Pugh idr., 2016	Randomizirana kontrolna študija z vzorcem 50-ih pacientk razdeljenih na kontrolno in testno skupino.	Ocenjevanje uspešnosti internetnih izobraževalnih modulov za zdravljenje poporodne depresije.	Razlika glede na EPDS lestvico, z manj prepričljivimi rezultati sekundarnih kazalcev (celostni stres, DASS-2). Študija navaja povečanje sodelovanja pri zdravljenju in vključenosti v proces zdravljenja v eksperimentalni skupini. Se nadaljuje.
Lundgren idr., 2015	Študija za prikaz izvedljivosti koncepta z vzorcem 9 pacientov z srčnim obolenjem. Simptomi depresije ocenjeni z intervjuji.	Ocenjevanje časovne in stroškovne učinkovitosti spletnih modulov za zdravljenje in preprečevanje depresije pri pacientih s srčnim popuščanjem.	Študija je zajemala ocenjevanje uspešnosti glede na izraženost depresije in stopnje bolezni. Simptomatika se je zmanjšala glede na PHQ-9 in MADRS-S. Omejitve študije je majhen vzorec. Za dokazovanje uspešnosti potrebna večja randomizirana študija.
Kivi idr., 2014	Randomizirana kontrolna študija z vzorcem 90 pacientov razdeljenih na kontrolno in testno skupino.	Opazovanje uspešnost 12 tednov dolgega sistema modulov v primerjavi s standardno oskrbo z minimalnim stikom z zdravstvenimi delavci.	Kognitivna vedenjska terapija s pomočjo interneta je učinkovito in privlačno dopolnilo standardne oskrbe za paciente z blago ali srednje močno izraženo depresijo. Raziskava zaznava tudi povečanje sodelovanja pri zdravljenju ter zmanjšanje simptomatike po lestvicah MADRS-S, BDI-11, BAI.

4 Razprava

Kognitivna vedenjska terapija je poleg medikamentozne terapije najpogostejša izbira za zdravljenje depresivne in anksiozne motnje (Andrews, Cuijpers, Craske in McEvoy, 2010), vendar je zaradi pomanjkanja strokovnjakov premalo dostopna. Zato je smiselno prenašanje izvajanja kognitivne vedenjske terapije na spletne izobraževalne module. Takšen pristop je smiseln samo, če je uspešen pri zdravljenju in za delovanje ne zahteva velikega dodatnega delovnega napora zdravstvenih delavcev.

Iz pregleda literature je razvidno, da uporaba izobraževalnih modulov vključuje tudi sodelovanje zdravstvenega delavca v virtualnem ali fizičnem okolju. Kakšna je njego-

va vloga, je odvisno od zasnove izobraževalnih modulov, kot tudi od stopnje depresije tarčne populacije. Zdravstveni delavec lahko pacientu osebno pomaga pri učenju s pomočjo spletnega izobraževalnega modula in ga spremlja preko celotnega procesa izobraževanja (Choi idr., 2012) ali pa prevzame vlogo vodje, ki vodi vmesne skupinske razgovore in individualne telefonske klice. Spletne vsebine lahko tako zgolj dopolnjujejo klasični pristop obravnave (Dear idr., 2013; Newby idr., 2014; Lundgren idr., 2015). Učinkovitost spletnih modulov je torej odvisna od zasnove celotnega programa zdravljenja, kjer glede na pacientove potrebe in dosedanje načine obravnave načrtujemo število kontaktnih ur in količino vsebin spletnih modulov. Tako lahko vse večji del terapevtskih vsebin prenašamo na spletne izobraževalne module, zdravstveni delavec pa redkeje stopi v osebni kontakt s pacientom in preverja napredek (Beatty idr., 2011; Choi idr., 2012; Dear idr., 2013). Vodenje pacienta sicer ostane v domeni zdravstvenega delavca, vendar je večina zdravstveno vzgojnih vsebin posredovana prek spletnega izobraževalnega ciklusa.

Če želimo stroške zmanjšati na najmanjšo možno mero, to lahko storimo z izobraževalnimi cikli, ki prevzamejo terapevtski proces v celoti in potekajo brez vmešavanja zdravstvenega delavca (Norlund, Olsson, Burell, Wallin, in Held, 2015). Vendar pregled literature ni dokazal nedvomne učinkovitosti pristopa pri popolni odsotnosti zdravstvenih delavcev, saj nobena izmed vključenih raziskav ni potekala brez njihove intervencije. Razlog za to je nujno potrebno vmešavanje raziskovalca za zbiranje podatkov in ocenjevanje uspešnosti. Kivi s sodelavci (2012) pa dokazuje uporabnost spletnih izobraževalnih modulov ob minimalni stopnji vmešavanja (trikrat v dvanajstih tednih). Prav tako je raziskava izpostavila povezavo med uporabo izobraževalnih modulov in boljšim sodelovanjem v celotnem procesu zdravljenja (Kivi idr., 2014). Vendar moramo izpostaviti, da se je raziskava osredotočila na obravnavo oseb na primarni ravni zdravstvenega varstva z blago do srednje izraženo depresivno motnjo. Kljub temu raziskava oceni samostojno delovanje spletnih izobraževalnih modulov kot široko dostopno metodo za paciente z blago izraženo depresijo ali posameznike z visoko ogroženostjo za nastanek bolezni (Beatty idr., 2011).

V raziskavah, ki so analizirale aktivno sodelovanje zdravstvenega delavca s pacienti v virtualnem okolju, so ti porabili za to svoje delo med 10 in 30 minut na teden (Choi idr., 2012; Pugh idr., 2016) oziroma povprečno 70 minut skozi celotni cikel izobraževalnih modulov (Dear idr., 2013). Terapevti so torej porabili relativno malo časa za posameznega pacienta in ob tem vseeno dosegli klinično pomembne rezultate (Andrews idr., 2010).

Glede na zadolžitve, ki jih spletni izobraževalni moduli predvidevajo za terapevtske vodje lahko prenesemo izvajanja te metode tudi v okvir aktivnosti zdravstvene nege. Izvajalec zdravstvene nege lahko prevzame delno vodenje stabilnih pacientov po modelu aktivnosti diplomiranih medicinskih sester v referenčnih ambulant (Poplas Susič, Švab in Kersnik, 2013). Vodenje pacienta skozi celotni proces zdravljenja, ki vključuje diagnostiko, načrt zdravljenja in predpisovanje medikamentozne in kognitivno vedenjske terapije ostaja v rokah zdravnika, specialista na področju psihiatrije. Strokovnjak zdravstvene nege je glede na sedanje dokaze lahko samostojni izvajalec terapevtskega

procesa pri osebah z blago izraženo obliko depresije, kot tudi na področju promocije zdravja in preventivne dejavnosti na področju duševnega zdravja (Beatty idr., 2011). S tem se lahko razbremenijo kadri, ki glede na stopnjo izobrazbe prevzamejo zahtevnejša dela. S prerazporeditvijo dela se lahko zmanjša stroške obravnave oseb z depresijo in hkrati omogoči lažje dostopno obravnavo oseb z depresivno motnjo. Takšna razdelitev dela je upravičena, zaradi uspešnosti spletnih izobraževalnih modulov samih po sebi (Kivi idr., 2014) in nezaznanih negativnih učinkov pristopa.

Relativno anonimna uporaba spletnih izobraževalnih modulov je pomembna za zdravljenje in preventivo bolezni, ki jih spremlja stigma. Stigma, ki spremlja duševne motnje dodatno otežuje zgodnje odkrivanje in pravočasen začetek zdravljenja. Spletni izobraževalni moduli omogočajo komunikacijo strokovnjakov z velikim številom pacientov in s tem lažje odkrivanje bolezni in informiranje ter preventivne aktivnosti posameznika. Pri obravnavi pacientov z duševnimi motnjami je pomembno tudi vključevanje v družbeno okolje. Deinstitutionalizacija deluje samo takrat, ko po odpustu iz institucije predvidevamo ustrezno nadaljnjo oskrbo v domačem okolju. Spletni izobraževalni moduli pa so dober način nadaljevanja procesa zdravljenja, ki ga pacient izvaja samostojno v domačem okolju.

Popolna izključitev zdravstvenega delavca iz spletnega izobraževanja je morda možna na področju preventivne zdravstvene dejavnosti, vendar pri osebah z boleznijo ni upravičena. Osebni stik z zdravstvenim delavcem se je namreč najbolj izkazal pri izboljšanju sodelovanja pri zdravljenju, k čemur najbolj pripomore osebni odnos in individualna spodbuda pacientu (Hilvert-Bruce idr., 2012). Poleg spodbude lahko zdravstveni delavec pacientu nudi tudi čustveno oporo in strokovne nasvete, ki jih sicer ni mogoče vključiti kot del obravnave s pomočjo spletnih izobraževalnih modulov. Zdravstveni delavec namreč vsebino za pacienta individualizira in mu ponudi dodatno pomoč in strokovne nasvete glede na njegovo specifično problematiko, ki jo spletni izobraževalni modul ne more predvidevati.

Spletni izobraževalni moduli pri obravnavi bolnikov z depresivno, anksiozno motnjo z elementi kognitivno vedenjske terapije ne delujejo zgolj informativno ampak so terapevtsko orodje, ki pripomore k zdravljenju, rehabilitaciji in preventivi duševnih motenj. S pregledom literature nismo mogli nedvomno dokazati uspešnosti vedenjske kognitivne terapije preko spleta ob popolni odsotnosti zdravstvenega delavca, vendar je to zagotovo komplementarna metoda klasični obravnavi. Spletno izobraževanje je lahko samostojna oblika obravnave pri pacientih z blažjimi oblikami anksioznosti in depresije ter pri preventivi, kjer lahko zdravstvena nega prevzame vodilno vlogo. Slednje je še posebej pomembno za večanje dostopnosti takšne obravnave z zmanjševanjem potrebnih sredstev.

LITERATURA

1. Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M., McEvoy, P. and Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. Australia, Australia/Oceania.

2. Beatty, L., Koczwara, B. and Wade, T. (2011). 'Cancer Coping Online': A pilot trial of a self-guided CBT internet intervention for cancer-related distress. Australia, Australia/Oceania: Swinburne University of Technology.
3. Carpenter, K. M., Stoner, S. A., Mundt, J. M. and Stoelb, B. (2012). Original Articles: An Online Self-help CBT Intervention for Chronic Lower Back Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 28, 14–22.
4. Choi, I., Zou, J., Titov, N., Dear, B. F., Li, S., Johnston, L. and Hunt, C. (2012). Culturally attuned internet treatment for depression amongst Chinese Australians: a randomised controlled trial. Australia, Australia/Oceania: Elsevier.
5. Christensen, H., Griffiths, K. M. and Farrer, L. (2009). Adherence in Internet Interventions for Anxiety and Depression: Systematic Review. United States, North America: Gunther Eysenbach.
6. Dear, B. F., Zou, J., Titov, N., Lorian, C., Johnston, L., Spence, J. and Knight, R. G. (2013). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for depression: A feasibility open trial for older adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47 (2), 169–176.
7. Gratzer, D. and Khalid-Khan, F. (2016). Internet-delivered cognitive behavioural therapy in the treatment of psychiatric illness, 263.
8. Hilvert-Bruce, Z., Rossouw, P. J., Wong, N., Sunderland, M. and Andrews, G. (2012). Adherence as a determinant of effectiveness of internet cognitive behavioural therapy for anxiety and depressive disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50 (7–8), 463–468.
9. Kivi, M., Eriksson, M. C. M., Hange, D., Petersson, E.-L., Vernmark, K., Johansson, B., and Björkelund, C. (2014). Internet-Based Therapy for Mild to Moderate Depression in Swedish Primary Care: Short Term Results from the PRIM-NET Randomized Controlled Trial. United States, North America: Routledge.
10. Lindenberg, K., Moessner, M., Bauer, S., Harney, J. and McLaughlin, O. (2011). E-health for individualized prevention of eating disorders. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 7, 74–83.
11. Lundgren, J., Andersson, G., Dahlström, Ö., Jaarsma, T., Köhler, A. K. and Johansson, P. (2015). E-Health: Internet-based cognitive behavior therapy for patients with heart failure and depressive symptoms: A proof of concept study. *Patient Education and Counseling*.
12. Mattsson, S., Alfnsson, S., Carlsson, M., Nygren, P., Olsson, E. and Johansson, B. (2013). U-CARE: Internet-based stepped care with interactive support and cognitive behavioral therapy for reduction of anxiety and depressive symptoms in cancer - a clinical trial protocol. United States, North America: BioMed Central.
13. Newby, J. M., Mewton, L., Williams, A. D. and Andrews, G. (2014). Effectiveness of transdiagnostic Internet cognitive behavioural treatment for mixed anxiety and depression in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 165, 45–52.
14. Newhouse, N., Lupiáñez-Villanueva, F., Codagnone, C. and Atherton, H. Patient Use of Email for Health Care Communication Purposes Across 14 European Countries: An Analysis of Users According to Demographic and Health-Related Factors. United Kingdom, Europe.
15. Norlund, F., Olsson, E. M., Burell, G., Wallin, E. and Held, C. (2015). Treatment of depression and anxiety with internet-based cognitive behavior therapy in patients with a recent myocardial infarction (U-CARE Heart): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*.
16. Poplas Susič, T., Švab, I. in Kersnik, J. (2013). Projekt referenčnih ambulant. *Zdravniški vestnik*, 82 (10), 635–647.
17. Pugh, N. E., Hadjistavropoulos, H. D. and Dirkse, D. (2016). A Randomised Controlled Trial of Therapist-Assisted, Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Women with Maternal Depression. *Plos One*, 11 (3).
18. Ruiz, I. S., García, G. P. and Riquelme, I. (2014). E-mail communication in pain practice: The importance of being earnest. United States, North America: Medknow Publications & Media Pvt Ltd.
19. Soleimani, M., Mohammadkhani, P., Dolatshahi, B., Alizadeh, H., Overmann, K. A. and Coolidge, F. L. (2015). A Comparative Study of Group Behavioral Activation and Cognitive Therapy in Reducing Subsyndromal Anxiety and Depressive Symptoms. *Iranian Journal Of Psychiatry*, 10 (2), 71–78.

Informacije na spletnih straneh slovenskih bolnišnic

UDK 614.21+659.2

KLJUČNE BESEDE: bolnišnice, spletne strani, zdravstvene informacije, angleški jezik

POVZETEK - Danes večina odraslih ljudi v razvitem svetu išče zdravstvene informacije po internetu, vključno z informacijami na spletnih straneh bolnišnic. Ker pa so bolnišnice ključne posredovalke zdravstvenih informacij in zdravstvene vzgoje, so njihove spletne strani postale nepogrešljiv standard. Številne študije so pokazale, da je komunikacija, še posebej pa uporaba jezika, pomembna za zdravje pacientov, saj lahko jezikovne ovire zmanjšajo kakovost zdravljenja in celo poslabšajo zdravstveni status pacienta. Zato se pojavlja vprašanje, kakšna je kakovost zdravstvenih informacij, objavljenih na spletnih straneh slovenskih bolnišnic. V Slovenijo prihaja vedno več tujcev, ki se želijo zdraviti v slovenskih bolnišnicah (zdravstveni turizem). Redno pa tujci obiskujejo Slovenijo zaradi gospodarskih povezav ali kot turisti ali pa jo le prečkajo, zato je pomembno, da slovenske bolnišnice ponujajo informacije tudi v angleškem jeziku. V septembru 2016 smo analizirali vsebine spletnih strani desetih splošnih bolnišnic in dveh univerzitetnih kliničnih centrov. Raziskava je pokazala, da slovenske bolnišnice ponujajo malo informacij in še te so nekakovostne.

UDC 614.21+659.2

KEY WORDS: hospitals, websites, medical information, English language

ABSTRACT - Today, most adults in the developed world are searching for medical information on the Internet, including the websites of hospitals. Due to the fact that hospitals have the crucial role in providing medical information and health education, having a website has become a hospital standard. Several studies have shown that communication, especially the use of language, is important for the patients' health, since language barriers may reduce the quality of treatment and even worsen their health status. Consequently, one may question the quality of medical information published on the Slovene hospitals' websites. The number of foreign citizens coming to Slovenia with the intention of using Slovene hospitals' services is increasing (health tourism). Moreover, Slovenia is regularly visited by foreign citizens for economic and tourism purposes, some are even daily in transit, therefore it is important that Slovene hospitals also offer their information in English language. In September 2016, we performed the website content analysis of ten Slovene general hospitals and two University Medical Centres. The research showed that, unfortunately, websites of Slovene hospitals neither offer much nor quality information.

1 Teoretična izhodišča

Sodobna revolucija v zdravstvu je povezana z uporabo informacij na način, ki bo pacientu zagotavljal varno in učinkovito nego, v kateri bo v središču pozornosti. To je dejstvo, pri katerem so si strokovnjaki enotni (Rainer, Turban in Potter, 2007). Uvedba informacijske in komunikacijske tehnologije v zdravstvu je že povzročila bistven napredek v zdravstveni oskrbi, kot je boljše in hitrejše odkrivanje oziroma diagnosticiranje bolezenskih stanj in razvoj novih zdravil ter veliko boljšo oskrbo in vodenje evidenc o pacientih (Rainer idr., 2007). Uvedba informacijske in komunikacijske tehnologije je tudi povzročila lažji dostop pacientov do zdravstvenih informacij. Tako širjenje interneta pacientom in njihovim svojcem omogoča iskanje in zbiranje zdravstvenih podatkov na način, ki prej ni bil na voljo, istočasno pa pacienti prihajajo na

zdravstveno obravnavo veliko bolj informirani in pričakovanja od zdravnikov so hkrati tudi večja. Danes večina odraslih ljudi v razvitem svetu išče zdravstvene informacije vključno z informacijami na spletnih straneh bolnišnic po internetu (Moss, 2015; Pew Research, 2013). Iskanje informacij prek interneta je časovno in prostorsko ekonomično, kar vpliva na zmanjšanje potrebe pacienta po neposrednem stiku z zdravnikom in nepotrebnih obiskov. Prav tako pomaga ljudem, ki so socialno manj spretni in imajo težave z izražanjem, da sebi primerno poiščejo informacije na področju zdravstva. Pacienti imajo tudi dostop informacij o delovanju zdravstvenih institucij, predvsem pa je pomembno, da imajo dostop do medicinskega strokovnega znanja, ki drugače ne bi bil dostopen, npr. strokovni članki (Zdolšek, 2006).

Bolnišnice so ključne ponudnice zdravstvenih informacij in zdravstvene vzgoje v razvitem svetu (Olden in Smith, 2008), zato so spletne strani bolnišnic postale nepogrešljiv standard zdravstvene ponudbe (Gallant, Irizarry, Boone in Kreps, 2011; Liu, Bao, Liu in Wang, 2011; Maifredi idr., 2011; Randeree in Roa, 2004). Številne študije so pokazale, da je komunikacija, še posebej pa uporaba jezika, pomembna za zdravje pacientov, saj lahko jezikovne ovire zmanjšajo kakovost zdravljenja in celo poslabšajo zdravstveni status pacienta (DuBard in Gizlice, 2008; Pippins, Alegria in Haas, 2007). Zato je pomembno, da je osebje v bolnišnicah pripravljeno na komunikacijo v tujem jeziku in posreduje kakovostne informacije v ustni in pisni obliki, kar vključuje tudi informacije na spletnih straneh.

Na spletnih straneh večine bolnišnic se objavljajo informacije v nacionalnem jeziku (Liu idr., 2011), vendar pa potreba po oblikovanju spletnih strani bolnišnic v tujem jeziku zaradi globalizacije raste. V Slovenijo prihaja vedno več tujcev z namenom koriščenja zdravstvenih storitev slovenskih bolnišnic (zdravstveni turizem). V Slovenijo prihaja vedno več tujcev z namenom koriščenja zdravstvenih storitev slovenskih bolnišnic (zdravstveni turizem). Redno pa tujci obiskujejo Slovenijo zaradi gospodarskih ali turističnih namenov, ali pa so le v tranzitu, zato je pomembno, da slovenske bolnišnice ponujajo informacije tudi v angleškem jeziku. Ker je angleščina najpogosteje govoreč tuji jezik na svetu (Johnson, 2016) in ga razume najširša množica potencialnih pacientov, je potreba po angleški različici spletne strani bolnišnic v ne-angleško govorečih državah, kot je Slovenija, v porastu. Zato želimo v študiji ugotoviti, kakšna je kakovost zdravstvenih informacij v angleškem jeziku, objavljenih na spletnih straneh slovenskih bolnišnic.

Sodobna zdravstvena nega v ospredje postavlja individualne potrebe pacientov. Takšen pristop zahteva aktivno vključevanje pacientov v zdravstveno nego in v proces rehabilitacije, kot tudi digitalne zdravstvene storitve. V EU poznamo projekt e-zdravje (e-health), s čimer poimenujemo sodobno informatizacijo zdravstvenih sistemov v Evropi, v Sloveniji pa se nacionalna različica projekta vpeljuje informacijske in komunikacijske tehnologije v zdravstveni sistem imenuje eZdravje. Njegov cilj je tudi omogočiti pacientom dostop do zanesljivih in varnih dostopov do ključnih zdravstvenih informacij.

Najpogostejši iskalci zdravstvenih informacij so ženske, ki v večjem številu iščejo informacije o specifičnih boleznih ali zdravstvenih problemih, določenih zdravljenjih

ali postopkih, zdravnikih in ostalih uslužbencih, univerzitetno izobraženi odrasli, ker imajo več znanja o tem, kako poiskati zdravstvene informacije na spletu, in kronično oboleli, ki iščejo informacije o specifičnih boleznih, zdravljenjih, zdravstvenem zavarovanju, varni uporabi zdravil ter odpoklicih le-teh (Fox, 2011).

Glede na to, da imajo bolnišnice temeljno vlogo zagotavljanja informacij o javnem zdravju, je dostop zdravstvenih informacij na spletnih straneh bolnišnic pomemben. Liu in sodelavci (2011) opozarjajo, da bi morale splošne vodilne bolnišnice v državi, ki so prepoznane kot nosilke zagotavljanja javnega zdravja (Boscarino, 1992), ponujati verodostojne zdravstvene informacije. Danes bolnišnice uporabljajo spletne strani in internet predvsem kot dodatek k običajnim zdravstvenim storitvam, toda zavedati bi se morale, da pacienti že danes zahtevajo različne e-zdravstvene storitve (Maifredi idr., 2011). Na spletnih straneh lahko bolnišnice predstavljajo raznolike informacije o svojih zdravstvenih storitvah in tako usmerjajo pozornost pacienta (Mira, Llinas, Toas in Perez-Jover, 2006). Pacienti se lahko kot potrošniki odločijo, da bodo obiskali tisto bolnišnico, ki ponuja spletno stran s celovitimi in dobro strukturiranimi informacijami, saj so te znak za kakovostno izvedbo zdravstvenih storitev bolnišnice (Norem in Moen, 2004).

Obstoječe raziskave o kakovosti zdravstvenih informacij na spletnih straneh bolnišnic so pokazale, da bolnišnice ponujajo različno kakovostne informacije. Na primer, Schmidt in Ernst (2004) sta analizirala objavljene informacije o raku na spletnih straneh bolnišnic in ugotovila zelo raznoliko kakovost objavljenih informacij, saj so nekatere bolnišnice na spletnih straneh ponujale nepreverjene in celo nevarne terapije. Tudi po oblikovni plati so objavljene informacije na spletnih straneh bolnišnic zelo raznolike. Nekatere bolnišnice imajo zelo obsežne spletne strani, ki po eni strani ponujajo ogromno zdravstvenih informacij, so pa pogosto tudi nepregledne, kar otežuje njihovo uporabo. Istočasno pa imajo nekatere objavljene bodisi zastarele ali pomanjkljive informacije, kar spet povzroči zmedo pri pacientih, ki iščejo informacije na spletni strani bolnišnic.

Praviloma bolnišnice ponujajo spletno komunikacijo na področju zdravstvenih informacij v nacionalnem jeziku (Liu idr., 2011; Maifredi idr., 2011; Randeree in Roa, 2004). Kakovost informacij v angleškem jeziku, objavljenih na spletnih strani v ne-angleško govorečih bolnišnicah, še ni bila ocenjena. Kvantitativne raziskave so pokazale, da bolnišnice na svojih spletnih straneh ne ponujajo enake vsebine v angleškem jeziku. Liu in kolegi (2010) so analizirali, koliko splošnih vodilnih bolnišnic na Kitajskem ima spletne strani objavljene tudi v tujem jeziku in ugotovili, da ima 43 % analiziranih spletni strani objavljene informacije v tujem jeziku, najpogosteje v angleščini, Gallant in sodelavci (2010) pa so ugotovili, da na področjih ZDA, kjer živi velik delež špansko govorečih prebivalcev, bolnišnice niso uspele zadovoljiti jezikovnih potreb špansko govoreče manjšine. Namen tega prispevka je oceniti kakovost informacij v angleškem jeziku, objavljenih na spletnih straneh bolnišnic v Sloveniji.

2 Metoda

Raziskava temelji na kvalitativnem pristopu. Izvedli smo poglobljeno analizo ocene kakovosti angleškega jezika, uporabljenega na spletnih straneh slovenskih splošnih bolnišnic, da bi ugotovili kakovost informacij v angleškem jeziku na spletnih straneh slovenskih bolnišnic. Raziskava je bila izvedena septembra in oktobra 2016. V raziskavo smo vključili spletne strani vseh splošnih bolnišnic in dveh univerzitetnih kliničnih centrov v Sloveniji. Želeli smo ugotoviti, ali omenjene zdravstvene ustanove sploh ponujajo informacije v angleškem jeziku, kakšno angleško različico spletne strani objavljajo in kakšna je kakovost informacij v angleškem jeziku z jezikovnega vidika. Odločili smo se za celostni pregled besedil, objavljenih v angleškem jeziku, izpostavili pa smo najpogostejše napake, ključne za razumevanje podanih informacij. Napake smo razdelili po Waddingtonovi klasifikaciji napak (2001) na: 1) napake v črkovanju (napačen zapis besed oz. besednih zvez ter neuporaba presledkov), 2) leksikalne napake (napačna izbira besed ali besednih zvez za določen kontekst rabe) ter 3) slovnične napake (napačne slovnične strukture, vrstni red besed v stavku, napačna raba ločil, nepravilna kapitalizacija, (ne)uporaba členov).

Zaradi prostorske omejenosti bomo med rezultati predstavili zgolj najbolj tipične primere omenjenih kategorij napak. Pri predstavitvi smo se osredotočili na vsebine angleških verzij spletnih strani bolnišnic, ki so pomembne za paciente, a se lahko v času od izvedene analize do objave prispevka tudi spremenijo.

3 Rezultati

Od enajstih analiziranih spletnih strani splošnih bolnišnic v Sloveniji in dveh univerzitetnih kliničnih centrov ima samo pet bolnišnic objavljene zdravstvene informacije v angleškem jeziku, in sicer Splošna bolnišnica Izola, Splošna bolnišnica Jesenice, Univerzitetni klinični center Maribor (v nadaljevanju UKC Maribor), Univerzitetni klinični center Ljubljana (v nadaljevanju UKC Ljubljana), Splošna bolnišnica Celje pa ima pod opcijo »hitre povezave« na domači spletni strani objavljene zgolj informacije za zavarovane tujce iz leta 2008 na dveh straneh v enem dokumentu v pdf-obliki (http://www.sb-celje.si/fileadmin/dokumenti/Informacija_za_zavarovane_tujce_-_2008_-_ang.pdf).

Ugotovili smo, da analizirane spletne strani nimajo prevedenih vseh ključnih zdravstvenih informacij za paciente, torej ne gre za t. i. zrcaljenje vsebine iz slovenskega v angleški jezik, ampak za zelo partikularen izbor prevedenih vsebin. Najpogosteje objavljajo vsebine, ki so za iskalca informacij o zdravljenju v določeni bolnišnici sicer pomembne, na primer, vse bolnišnice imajo bolj ali manj dosledno prevedena poglavja o viziji in poslanstvu bolnišnice oz. kliničnega centra, opis posameznih oddelkov ter kadrov, zgodovino bolnišnice, predpise o pacientovih pravicah, vendar niso ključne pacientov proces zdravljenja. Za paciente so pomembnejše informacije o naročanju,

o potrebni dokumentaciji ob nastopu zdravljenja, zdravstvenem zavarovanju in kako postopati v primeru, če tega nimajo, o načinih zdravljenja - ambulantnem ali bolnišničnem, postopkih sprejema ter hišnem redu in informacije za obiskovalce pacientov – čas obiskov na posameznem oddelku, pravila za obiskovalce). Te informacije so v večini primerov le delno prevedene, neprevedene ali pa jih sploh ni. Izjema je UKC Ljubljana, Oddelek za ortopedijo (<http://www.ortopedska-klinika.si/index.php?lang=en>), ki ima kot edini izmed vseh oddelkov na UKC Ljubljana neposredno dostopno posebno spletno stran, na kateri so nekatere bistvene omenjene informacije prevedene v angleški jezik, vendar pa je kakovost prevoda z jezikovnega vidika slaba. Samo ena izmed petih omenjenih bolnišničnih spletnih strani ima na uvodni strani v angleškem jeziku jasno viden podatek, da je za nujne primere potrebno poklicati 112 »Emergency number 112«, ena pa ima navedeno stacionarno številko urgentnega centra »Accident and Emergency«.

Pri vseh petih analiziranih spletnih straneh bolnišnic v angleškem jeziku smo ugotovili nekonsistentno rabo besed, katerih zapis se razlikuje glede na različico angleščine, t. j. razlike med britansko in ameriško različico, ki je v jeziku zdravstvene stroke kar očitna, celostno gledano, pa so vsa besedila praviloma prevedena v britansko različico. Tako na primer na spletni strani UKC Maribor uporabljajo pri opisih oddelkov enkrat britansko različico »Gynaecology«, drugič ameriško »Gynecology« (<http://www.ukc-mb.si/en/departments-services-units/division-of-gynecology-and-perinatology/>), oba zapisa »centre« (brit.) in »center« (am.), na strani Splošne bolnišnice Izola (<https://www.sb-izola.si/en/departments/pediatric-division>) je večinoma uporabljena ameriška različica »pediatric« (am.), in le ponekod »paediatric« (brit.), na spletnih straneh UKC Ljubljana (http://www.kclj.si/index.php?dir=divisions_departments/division_of_internal_medicine/dept_of_nephrology) prav tako dosledno objavljajo »hemodialysis« (am.), medtem ko je na primer pri ostalih tovrstnih besedah uporabljena britanska različica, npr. »anaesthesiology«.

Druga nekonsistentnost se pojavlja pri uporabi terminov, kar pomeni, da se uporabljajo različni termini za isti pomen, kar lahko paciente zmede. Na primer, besedo »doctor« se uporablja pri izbiri zdravnika, nekaj vrstic niže, pa se za isti pomen uporablja beseda »practitioner« (<https://sb-izola.si/en/patients/apply-for-a-visit-or-research/>). Enako velja za poimenovanje oddelkov, enkrat zasledimo »department«, drugič »ward«, nekje spet »unit«. Takšna uporaba sinonimov sicer ni napačna, kaže pa na nesistematičnost in površnost (<http://www.sb-je.si/departments-and-units/?lang=en>).

Raziskava je pokazala, da analizirane spletne strani objavljajo številne informacije z napakami v črkovanju. Te so nam takoj zbudile pozornost, saj so zelo očitne. Ena takih je bila »reistration« namesto »registration« na naslovni spletni strani Splošne bolnišnice Izola (<https://www.sb-izola.si/en/home-page/>), v razdelku, namenjenemu pacientom, takoj zraven v naslednjem stavku pod sličico, ki pacientom kaže kako postopati ob prihodu v bolnišnico, pa še napisani dve besedi skupaj »directionsfrom« v stavku »After your visit wait for results and directionsfrom medical personnel«, namesto s presledkom »directions from«. Naslednje očitne napake v črkovanju smo identificirali na podstrani UKC Ljubljana (<http://www.kclj.si/index.php?dir=/abo->

ut_us/activities_of_the_umcl), ki opisuje aktivnosti bolnišnice: »unitsand« namesto »units and«, »hospitalstay« namesto »hospital stay«, »thereference« namesto »the reference«, »comparableto« namesto »comparable to« in »foreignhospitals« namesto »foreign hospitals«. Prav tako smo na postrani spletne strani UKC Maribor (<http://www.ukc-mb.si/en/departments-services-units/joint-medical-departments/>) pri opisu skupnih medicinskih oddelkov identificirali zapis »joint medial departmets« namesto »joint medical departments« ter »Department of Patology« namesto »Department of Pathology«.

Raziskava je tudi identificirala leksikalne napake, tj. napačno izbiro besed ali besednih zvez v določenem kontekstu uporabe. Ta je pri podajanju zdravstvenih informacij zelo pomemben, saj ima angleški jezik v zdravstveni stroki točno določen korpus besedišča. Tipičen primer je bil objavljen na spletni strani Splošne bolnišnice Izola (<https://www.sb-izola.si/en/patients/apply-for-a-visit-or-research/>), kjer je pisalo »Apply for a visit or research« namesto »Apply for a check-up or examination«, saj beseda »visit« v tem kontekstu zgolj pogovorno opredeljuje zdravstveni pregled, »research« pa se uporablja v znanstvenem kontekstu in ne pomeni zdravstvene preiskave. Uporabili so tudi besedo »direction«, ki je nepravilna uporaba besede za napotnico (»referral form«, »referral letter«). Enako je napačno uporabljena besedna zveza »self-paying services« za samoplačniške storitve, saj lahko pridevnik »self-paying« modificira zgolj subjekte, v našem primeru paciente samoplačnike (t.j. »self-paying patients«), kar je nekaj vrstic nižje tudi uporabljeno, vendar so ti običajno v zdravstvenem kontekstu v angleškem jeziku opredeljeni z besedno zvezo »private patients«. Podobni primeri so se pojavljali tudi pri ostalih analiziranih spletnih straneh. Na primer, na spletni strani UKC Ljubljana (http://www.kclj.si/index.php?dir=/contacts/self-paid_health_services) se pojavi izraz »self-paying outpatient clinics« namesto »private outpatient clinic« izrazi »opening times« namesto »working hours« in neustrezna raba fraznih glagolov, kot na primer »to participate at work with machines« namesto »to participate in work with machines«, »to take in medicines« namesto »to take medicines«, ali »It is also advised not to take in any alcohol drinks« namesto ustrežnejše »It is also advised not to consume/ingest any alcohol drinks«, ali »during the hearing of the child« namesto »during the treatment of a child«, pri čemer je opazna tudi napačna raba člena, kar smo kategorizirali kot slovnično napako. Tudi na spletni strani Splošne bolnišnice Jesenice (<http://www.sb-je.si/for-patients-and-visitors/visits-and-other-information/?lang=en>) smo ugotovili leksikalne napake, na primer »children under the age of 6« kot prevod za »otroci do 5. leta starosti«, vrstica nižje pa je za enak slovenski zapis uporabljena angleška fraza »children under five«, ali pa »nurse care« namesto »nursing care« za zdravstveno nego. Na spletni strani UKC Maribor (<http://www.ukc-mb.si/en/>) je že na uvodni strani takoj objavljena beseda »Switchboard« namesto »Central Phone Number« za številko telefonske centrale in »Acute Medical Unit«, ki bi naj označevala internistično nujno pomoč, vendar se prevod tega izraza pojavi še na dveh mestih, in sicer enkrat kot »Department of Internal Intensive Medicine« in drugič kot »Emergency Medical Unit«, kar je tudi za tujega pacienta, ki je več angleškega jezika, zavajajoče. Nadalje se uporablja izraz »healthcare workers«, ki v tem besedilnem kontekstu označuje zgolj izvajalce zdravstvene nege, dejansko pa so v Cambridge English Dicti-

onary (<http://dictionary.cambridge.org/us/dictionary/english/healthcare>) »healthcare workers« opredeljeni kot vsi, ki izvajajo storitve zdravljenja, torej negovalno osebje in tudi zdravniki.

Tretja identificirana skupina napak spada med slovnične napake, kjer smo se osredotočili predvsem na napačne slovnične strukture, vrstni red besed v stavku, napačno rabo ločil, nepravilno ali nekonsistentno kapitalizacijo, na rabo členov in predlogov ter tvorjenje množinskih samostalnikov. Ugotovili smo, da se slovnične napake pojavljajo na vseh analiziranih spletnih straneh v angleškem jeziku, ena tipičnih je tvojenje množine pri samostalniku »information«, ki se pojavlja v obliki »informations are« ali pa »information are«, namesto »information is«. Na spletni strani UKC Maribor (<http://www.ukc-mb.si/en/patients-visitors/visiting-hours/>) smo našli še »Visiting hours is uniform«, namesto »visiting hours are uniform«, prav tako tudi nekonsistentno uporabo obvezne kapitalizacije pri poimenovanju oddelkov »Department of Laboratory diagnostics«, namesto »Department of Laboratory Diagnostics«, »Centre for Transfusion medicine« namesto Centre for Transfusion Medicine«, ali celo »Department of Pulmonary Diseases« v eni vrstici, takoj spodaj pa »Department of pulmonary disease« za enak oddelek. Na spletni strani Splošne bolnišnice Izola (https://sb-izola.si/en/schedules_category/visiting-hours/) je zapisan stavek »All information on the health status of the patient are given by the treating doctor, those on the health care are given from the nurse...«, kjer so kar tri različne napake, »information are«, namesto »information is«, »those« namesto »the information« in »given from the nurse«, nameso »given by the nurse«. Prav tako »Contact data varies«, namesto »The contact data vary« in »can to obtain informations«, namesto »can obtain information«. Na spletni strani UKC Ljubljana (http://www.kclj.si/index.php?dir=/divisions_departments/division_of_surgery/dept_of_anaesthesiology_and_surgical_intensive_therapy) je bil objavljena poved »Employees will try to make your medical treatment carried out comfortable and pain free«, kar je slovnično in oblikovno popolnoma napačno, saj bi pravilna oblika bila »Employees will try to assure your medical treatment is performed comfortably and pain free«. Istočasno pa pri prevodu obrazca za pisno privolitev pacienta v operativni poseg izstopa »a dentures« namesto »a denture«.

4 Razprava

Raziskava je pokazala, da je se je premalo splošnih bolnišnic odločilo za objavo informacij v angleškem jeziku. Če je objava zdravstvenih informacij za paciente na spletnih straneh splošnih bolnišnic na Kitajskem, Nemčiji in skandinavskih državah (Liu et al., 2011; Maifredi et al, 2011; Randeree in Roa, 2004) nekaj povsem običajnega, je to v Sloveniji izjema. Slovenske splošne bolnišnice razen treh (Splošne bolnišnice Izola, Splošne bolnišnice Jesenice, Splošne bolnišnice Celje) se ne zavedajo potreb po zdravstvenih informacijah angleško govorečih tujcev, ki zaradi različnih razlogov (zdravstveni turizem, gospodarski in turističnih namenov, tranzit) prihajajo v Slovenijo. Pa še informacije, ki so podane, so selektivno izbrane in ne vključujejo pomembnih

informacij za zdravljenje. To pomeni, da ti tujci ne dobijo kakovostnih informacij na spletnih straneh splošnih bolnišnic, katerih temeljna vloga je zagotavljanje informacij o javnem zdravju.

Ugotovili smo, da analizirane strani objavljajo vse vrste napak po Waddingtonovi klasifikaciji napak (2001). Številne napake v črkovanju kažejo na malomaren odnos bolnišnice do tujih bolnikov. Nekonsistentna raba kaže na nesistematičnost in nekakovostne storitve, kar ni dober znak za podobo določene bolnišnice.

Na osnovi raziskave lahko sklepamo, da bi morale slovenske bolnišnice bolj upoštevati potrebe angleško govorečih tujcev in objaviti vse ključne zdravstvene informacije tudi v angleškem jeziku. Nujno potrebno je boljše obvladovanje strokovnega besedišča na področju zdravstva, kar pomeni, da je izobraževanje o strokovnem angleškem jeziku potrebno vključiti v različne stroke na področju zdravstva in različne izobraževalne ravni. Objavljanje informacij v angleškem in drugih jezikih mora biti sistematično in kakovostno ter skladno z novimi informacijami v slovenskem jeziku.

LITERATURA

1. Boscarino, J. A. (1992). The public's perception of quality hospitals II: Implications for patient surveys. *Hosp. Health Service Administration*, 37 (1), 13–35.
2. DuBard, C. A. in Gizlice, Z. (2008). Language spoken and differences in health status, access to care, and receipt of preventive services among US Hispanics. *American Journal of Public Health*, 98 (11), 2021–2028.
3. Fox, S. (2011). Profiles of Health Information Seekers. Pridobljeno 14. 10. 2016, s <http://www.pewinternet.org/2011/02/01/profiles-of-health-information-seekers>.
4. Gallant, L. M., Irizarry, C., Boone, G. in Gordon-Ruiz, B. (2010). *Journal of Computer-Mediated Communication*, 15 (4), 552–574.
5. Johnson, A. (2016). English becomes Esperanto. *The Economist*. Pridobljeno 14. 10. 2016, s <http://www.economist.com/news/books-and-arts/21697210-institutions-european-union-will-still-speak-kind-english-if-britain>.
6. Liu, X., Bao, Z., Liu, H. in Wang, Z. (2011). The Quality and Characteristics of leading General Hospitals' Websites in China. *J Med Syst* 35, 1553–1562. Maifredi, G., Orizio, G., Bressanelli, M., Domenighini, S., Gasparotti, C., Perini, E., Caimi, L., Schulz, P. J. in Gelatti, U. Italian hospitals on the web: a cross-sectional analysis of official websites. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 10 (17), 1–13.
7. Mira, J. J., Llinás, G., Tomás, O. in Pérez-Jover, V. (2006). Quality of websites in Spanish public hospitals. *Med Inform Internet Med*, 31 (1), 23–44.
8. Norem, J. in Moen, M. A. (2004). The Websites of Norwegian hospitals: do they meet national guidelines and patient's expectations? *J Telemed Telecare*, 10 (2), 272–276.
9. Olden, P. C. in Smith, C. M. (2008). Hospitals, community health, and balanced scorecard. *Academy of Healthcare Management Journal*, 4 (1), 39–56.
10. Pew Research (2013). Majority of Adults Look Online for Health Information. Pridobljeno 19. 10. 2016, s <http://www.pewresearch.org/daily-number/majority-of-adults-look-online-for-health-information/>.
11. Pippins, J. R., Alegría, M. in Haas, J. S. (2007). Association between language proficiency and the quality of primary care among a national sample of insured Latinos. *Medical Care*, 45 (11), 1020–1025.
12. Rainer, K. R., Efraim, T. in Potter, R. (2007). *Introduction to information system: supporting and transforming business*. Hoboken: John Wiley and Sons.

13. Randeree, E. in Roa, H. R. (2004). E-health and assurance: Curing hospital websites. *International Journal of Electronic Healthcare*, 1 (1), 33–46.
14. Schmidt, K. in Ernst, E. (2004). Assessing websites on complementary and alternative medicine for cancer. *Ann. Oncol.*, 15 (6), 733–742.
15. Waddington, C. (2001). Different Methods of Evaluating Student Translations. *Meta: Journal des traducteurs*, 46 (2), 311–325.
16. Zdolšek, S. (2006). Elektronsko podprta komunikacija v zdravstvu: priložnost ali dodana obremenitev. *Obzornik zdravstvene nege*, 40, 93–98.
17. Moss (30. 11. 2015). Zdravje in zdravila vse bolj priljubljeni temi na spletu. Pridobljeno 19. 10. 2016, s <http://www.moss-soz.si/si/novice/13889/detail.html>.
18. Splošna bolnišnica Izola (2016). Pridobljeno 16. 10. 2016, s <https://sb-izola.si/>.
19. Splošna bolnišnica Jesenice (2016). Pridobljeno 18. 10. 2016, s <http://www.sb-je.si>.
20. Cambridge English Dictionary (2016). Pridobljeno 19. 10. 2016, s <http://dictionary.cambridge.org/us/dictionary/english/healthcare>.
21. Splošna bolnišnica Celje (2016). Pridobljeno 20. 10. 2016, s <http://www.sb-celje.si>.
22. Univerzitetni klinični center Ljubljana (2016). Pridobljeno 12. 10. 2016, s <http://www.kclj.si/>.
23. Univerzitetni klinični center Maribor (2016). Pridobljeno 10. 10. 2016, s <http://www.ukc-mb.si/>.

Nasilje nad zaposlenimi v zdravstveni negi

UDK 614.253+364.632

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, nasilje, varnost, kakovost obravnave

POVZETEK - V prispevku predstavljamo rezultate petih raziskav o nasilju nad zaposlenimi v zdravstveni negi. V raziskave smo vključili zaposlene na področju psihiatrije, v domovih starejših občanov, v reševalnih službah, patronaži in centrih za zdravljenje odvisnosti. Raziskave smo izvedli z neeksperimentalno vzorčno metodo. Inštrument raziskave je bil strukturiran anketni vprašalnik. Raziskave smo izvedli v letih 2013 do 2016. Podatki so bili analizirani z opisno statistiko, korelacijo, testom Kolmogorov-Smirnov, testom Pearsonov χ^2 , U-testom Mann-Whitney in linearno regresijo s $p < 0,05$ stopnjo značilnosti. Ugotovili smo visoko izpostavljenost zaposlenih nasilju na delovnem mestu s strani pacientov. Najbolj so izpostavljeni verbalnemu nasilju, pogosto pa tudi fizičnemu in spolnemu. Največji odstotek tega zasledimo pri zaposlenih v psihiatrični zdravstveni negi. Med raziskanimi področji je na delovnem mestu pogosto tudi lateralno nasilje. Raziskava identificira problematiko zagotavljanja varnosti in kakovosti obravnave ob izbruhu agresije. Usmerjena je na področje, ki ga sedanja regulativa in delovna praksa ne pokriva. Raziskave na področju zdravstvene nege in ostalih deležnikov, ki prihajajo v stik z agresivnim pacientom, do sedaj niso zajemale širšega kroga deležnikov niti potrebe po dodatnem funkcionalnem izobraževanju.

UDC 614.253+364.632

KEY WORDS: nursing care, aggression, violence, safety, quality of treatment

ABSTRACT - In the article we are presenting the results of five researches on violence against employees in nursing care. In our researches we included nursing care employees in psychiatric nursing care, residential care homes for older people, paramedic services, community nursing and drug addiction rehabilitation centres. Researches were carried out by the means of quantitative, non-experimental research method, with a questionnaire being used for data collection. Researches were carried out between the years 2013 and 2016. The data were analysed by the means of descriptive statistics, correlation, Kolmogorov-Smirnov test, Pearson's χ^2 test, Mann-Whitney U test and linear regression with statistical significance value of $p < 0.05$. We found a high exposure of nursing care employees to violence by patients. In the greatest extend they are exposed to verbal violence, often also to physical violence and sexual harassment. The highest prevalence can be observed in psychiatric nursing care. We also discovered that lateral violence is common in the researched workplaces. Researches identify the issues of assuring safety and quality of treatment in the field of aggression, and are directed towards the field that has not yet been covered by the present regulative or work practice. Researches in the field of nursing care and other fields, which may deal with aggressive patients, have not yet included wider areas of work or discussed the need of additional functional training for employees.

1 Teoretična izhodišča

Zdravstveni delavci se soočajo s številnimi zdravstvenimi tveganji med opravljanjem zdravstvene dejavnosti posameznikom ali skupnosti (Ozturk in Babacan, 2014). Raziskave kažejo, da se medicinske sestre pogosteje soočajo z nasiljem na delovnem mestu, kot drugi profili v zdravstvenem varstvu. Najbolj so izpostavljeni v urgentnih službah, še posebej v zaprtih in intenzivnih psihiatričnih enotah (Clerk, 1989; Kiran, 2003). Tudi (Van Leeuwen in Harte, 2011) menita, da je število resnih incidentov povezanih z agresijo visoko.

Clements in sodelavci (2005) ugotavljajo, da se zdravstveni delavci (še posebej zaposleni v zdravstveni negi) najpogosteje soočajo z nasiljem pacientov. Od 35 – 80 % zdra-

vstvenih delavcev se je vsaj enkrat soočilo z fizičnem nasiljem na delovnem mestu, od tega je bila skupina zaposlenih v zdravstveni negi najbolj izpostavljena (Clements idr., 2005). V Švedski raziskavi (Soares, 2000) avtor ugotavlja, da je večina sodelujočih v raziskavi (85 %) bilo v svoji karieri izpostavljenih nasilju, od tega 57 % v zadnjem letu. Izsledki Švicarske raziskave (Hahn idr., 2010) kažejo, da je 72 % medicinskih sester doživelo verbalno nasilje s strani pacientov in obiskovalcev, 42 % jih je doživelo fizično nasilje v zadnjem letu. Zeller in sodelavci (2009) ugotavljajo tudi pogostost nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi v domovih starejših občanov. Enako tudi Franz in sodelavci (2010), ugotavljajo, da je bilo kar 83,9 % zaposlenih v zdravstveni negi izpostavljenih fizičnemu nasilju. Najvišjo stopnjo nasilja nad zaposlenimi v Združenih državah Amerike ugotavljajo pri zdravstvenih asistentih, ki so zaposleni na področju dolgotrajne oskrbe (Gates idr., 2005).

Pomembni so podatki o nasilnem vedenju v psihiatričnih bolnišnicah, zlasti na zaprtih oddelkih, ki se gibljejo od 3,9 % pa vse do 37 % v različnih delih sveta (v Sloveniji med 6 in 7 %). Ob nasilnem vedenju na psihiatričnih oddelkih je največ poškodovanih med osebjem, kar opozarja na potrebo po ustreznem znanju vsega psihiatričnega osebja o pravočasnem prepoznavanju in preprečevanju nasilnega vedenja pri psihiatričnih pacientih (Groleger v Pregelj in Kobentar, 2009). Da je malo narejeno za varnost zdravstvenih delavcev pred pogostim nasiljem bolnikov nad osebjem, meni tudi Čebašek Travnik (2009).

Navkljub visokemu odstotku je število verjetno še višje zaradi pogostega neporočanja incidentov (Gates idr., 2011). Podobno meni tudi Stokowski (2010), ki pravi, da do 70 % incidentov in zlorab nad medicinskimi sestrami ostane neporočanih.

2 Metoda

Raziskave smo izvedli z neeksperimentalno vzorčno metodo raziskovanja. Inštrument raziskave je bil strukturiran anketni vprašalnik. Raziskave smo izvedli v letih 2013 do 2016 (Gabrovec in Lobnikar, 2014; Gabrovec, Eržen in Lobnikar, 2014; Gabrovec, 2015; Gabrovec in Lobnikar, 2015; Gabrovec in Eržen, 2016). Podatki so bili analizirani z opisno statistiko, korelacijo, Kolmogorov-Smirnov testom, Pearsonov χ^2 testom, Mann-Whitney U testom in linearno regresijo s $p < 0,05$ stopnjo značilnosti. Za statistično analizo smo uporabili programa SPSS 21 in Amos. V posameznih raziskavah smo zabeležili naslednji vzorec zaposlenih v zdravstveni negi, ki so sodelovali v raziskavi: psihiatrija (N = 303), domovi starejših občanov (N = 527), reševalne službe (N = 246), patronaža (N = 337) in Centri za zdravljenje odvisnosti (N = 42).

3 Rezultati

Na področju zdravstvene nege intenzivnih psihiatričnih oddelkov smo ugotovili (Gabrovec, Eržen in Lobnikar, 2014; Gabrovec in Lobnikar 2015), da je 92,6 % anketiranih

zaposlenih je v zadnjem letu doživelo verbalno agresijo s strani bolnika. Fizično nasilje je s strani bolnikov v zadnjem letu doživelo kar 84,2 % anketiranih. Kar 63,5 % zaposlenih je bilo v preteklosti poškodovanih s strani bolnika. Zelo pogosto je tudi verbalno nasilje svojcev, kar 40,9 %. Omembe vredno je tudi verbalno nasilje sodelavcev (13,3 %) in nadrejenih (13,8 %). Zaposleni se soočajo tudi s spolnim nasiljem s strani bolnikov (24,6 %). Ugotovili smo pomembne pozitivne korelacije med verbalnim nasiljem, fizičnem nasiljem in spolnim nadlegovanjem. Zaposleni se pri svojem delu počutijo ogrožene ($2,52 \pm 0,62$), v veliki meri sta prisotna strah ($2,49 \pm 0,60$) in negotovost ($2,36 \pm 0,69$). Razumevanje sodelavcev je veliko ($1,34 \pm 0,57$), nekoliko manjše je razumevanje nadrejenih ($1,74 \pm 0,73$). Raziskava kaže tudi na to, da ni povezave med starostjo, spolom, delovno dobo in agresijo.

Slika 1: Vrste in odstotek nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi

	Psihijatrija	DSO	Reševalne službe	Patronaža	MTD
N	303	527	246	337	42
Verbalno nasilje	92,6 %	71,7 %	78 %	56,1 %	85,7 %
Fizično nasilje	84,2 %	63,8 %	49,6 %	3,5 %	28,6 %
Poškodoba	63,5 %	36,8 %	26,8 %	3,5 %	9,5 %
Spolno nadlegovanje	24,6 %	35,5 %	24,4 %	30 %	7,1 %

Vir: Povzeto po: (Gabrovec in Lobnikar, 2014; Gabrovec, Eržen in Lobnikar, 2014; Gabrovec, 2015; Gabrovec in Lobnikar, 2015; Gabrovec in Eržen, 2016).

V zdravstveni negi reševalnih služb je verbalno nasilje s strani pacienta je v zadnjem letu doživelo 78,0 % vseh anketiranih. 49,6 % jih je v zadnjem letu doživelo fizično nasilje. Poškodovanih s strani pacienta v svoji karieri je bilo 26,8 %. Spolno nadlegovanje je s strani pacienta v zadnjem letu doživelo 24,4 % anketiranih. Ugotovili smo povezanost med soočanjem in doživljanjem strahu ($p = 0,017$), med fizičnim nasiljem in doživljanjem ogroženosti ($p = 0,005$), ter med doživljanjem fizičnega nasilja s strani pacienta in pomanjkanjem znanja za obvladovanje agresivnega pacienta ($p = 0,012$) (Gabrovec, 2015).

Na področju zdravstvene nege v domovih starejših občanov je raziskava je pokazala, da so zaposleni v zdravstveni negi v domovih za starejše v nevarnosti za nastanek nasilja. V zadnjem letu so se zaposleni največkrat soočili z verbalnim nasiljem (71,7 %), fizičnim nasiljem (63,8 %), in spolnim nasiljem (35,5 %). 35,5 % jih je bilo poškodovanih. Med agresivnim izбуhom se zaposleni soočajo z ranljivostjo, strahom in negotovostjo (Gabrovec in Eržen, 2016).

V patronažni zdravstveni negi je 56,1 % zaposlenih v zadnjem letu doživelo verbalno agresijo s strani pacientov. Veliko je tudi vertikalnega in horizontalnega nasilja na delovnem mestu (42,1 %). 29,8 % jih je odgovorilo, da so v zadnjem letu doživeli spolno nadlegovanje s strani pacienta. 7 % jih je doživelo spolno nadlegovanje s strani sodelavcev ali nadrejenih. Kljub temu se zaposleni počutijo dokaj varne na delovnem mestu (3,8, std. dev.: 0,64; na lestvici od 1. do 5.). Ko se zaposleni soočajo s agresijo pri pacientu imajo največkrat občutke: negotovosti (3,80), strahu (3,78), nemoči (3,48) in najmanj občutke neempatije s strani nadrejenih (2,49) in neempatije s strani sodelavcev (2,25).

Zaposleni v zdravstveni negi Centrov za zdravljenje odvisnosti so se v zadnjem letu največkrat srečali z verbalno agresijo (85,7 %), fizičnim nasiljem (28,6 %), 7,1 % jih je doživelo spolno nadlegovanje.

4 Razprava

Rezultati vseh raziskav kažejo na visoko izpostavljenost zaposlenih v zdravstveni negi. Zaposleni s strani pacientov najpogosteje doživljajo verbalno nasilje, pogosto tudi fizično nasilje in spolno nadlegovanje. Odstotki nasilja so še posebej visoki v psihiatrični zdravstveni negi, v domovih starejših občanov in patronaži. Zaskrbljujoč je tudi odstotek horizontalnega in lateralnega nasilja (tudi do 42 % - v patronaži). Ugotovili smo, da nasilje pacientov ne izbira po spolu, starosti ali stopnji izobrazbe v zdravstveni negi, ravno tako, da so vrste nasilja povezane. Verbalno nasilje vodi v fizično, spolno, ipd.

Raziskave kažejo na to, da obstaja potreba po širšem pristopu obvladovanja nasilja na delovnem mestu. Nekatere psihiatrične ustanove so že uspešno izvedle nekatere ukrepe na tem področju, kar dokazuje zmanjšanje števila agresivnih izbruhov.

LITERATURA

1. Clements, P. T., DeRanieri, J. T., Clark, K., Manno, M. S. in Kuhn, D. W. (2005). Workplace violence and corporate policy for health care settings. *Nursing Economics*, 23 (3), 119–124.
2. Clerk, J. M. (1989). *Introduction to working conditions and environment*. 2nd ed. Geneva. International Labour Office.
3. Čebašek - Travnik, Z. (2009). Zdravniki kot žrtve nasilja. *Družinska medicina*, 7 (6), Pridobljeno 12. 12. 2010, s http://www.drmed.org/javne_datoteke/novice/datoteke/774-II.cZdrav_%8Devic2009.pdf.
4. Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S. in Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany – a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research*, 10, 51.
5. Gabrovec, B. (2015). The prevalence of violence directed at paramedic services personnel = Prevalenca nasilja nad zaposlenimi v reševalnih službah. *Obzornik zdravstvene nege*, 49 (4), 284–294.
6. Gabrovec, B. in Eržen, I. (2016). Prevalenca nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi v domovih starejših občanov. *Zdravstveno varstvo*, 55 (3), 212–217.

7. Gabrovec, B. in Lobnikar, B. (2014). Organizational model of ensuring safety and quality of treatment of aggressive psychiatric patients in mental health nursing in Slovenia = Organizacijski model zagotavljanja varnosti in kakovosti obravnave agresije pri pacientu z duševno motnjo v zdravstveni negi na področju psihiatrije v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 48 (4), 286–293.
8. Gabrovec, B. in Lobnikar, B. (2015). The analysis of the role of an institution in providing safety and quality in psychiatric health care. *Anadolu psikiyatri dergisi*, 16 (6), 420–425.
9. Gabrovec, B., Eržen, I. in Lobnikar, B. (2014). The prevalence and the nature of violence directed at the medical staff in psychiatric health care in Slovenia. *HealthMed*, 8 (2), 228–234.
10. Gates, D. M., Gillespie, G. L. in Succop, P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing Economics*, 29 (2), 59–67.
11. Gates, D., Fitzwater, E. in Succop, P. (2005). Reducing assaults against nursing home caregivers. *Nursing Research*, 54 (2), 119–127.
12. Groleger, U. (2009). Agresivnost. V P. Pregelj in R. Kobentar (ur.), *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju* (str. 288–294). Ljubljana: Rokus Klett.
13. Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G. in Halfens, R. J. (2010). Factors associated with patient and visitors violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (23–24), 3535–3546.
14. Kiran, S. (2003). The evaluation of occupational factors levels and relation with expose disease in health workers. Izmir: Dokuz Eylul Univ.
15. Ozturk, H. in Babacan, E. (2014). The occupational safety of health professionals working at community and family health centers. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16 (10), e16319.
16. Soares, J. J. F., Lawoko, S. in Nolan, P. (2000). The nature, extent and determinants of violence against psychiatric personnel. *Work and Stress*, 14 (2), 105–120.
17. Stokowski, L. A. (2010). Violence: not in my job description. *Workplace Violence in Healthcare Settings*. Pridobljeno 5. 6. 2014, s <http://www.medscape.com/viewarticle/727144>.
18. Van Leeuwen, M. E in Harte, J. M (2011). Violence against care workers in psychiatry: Is prosecution justified? *International journal of law and psychiatry*, 30 (5).
19. Zeller, A., Hahn, S., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. in Halfens, R. J. G. (2009). Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: a systematic literature review. *Geriatric Nursing*, 30 (3), 174–187.

Življenje v domovih starejših občanov

UDK 365-54-053.9

KLJUČNE BESEDE: starostniki, aktivnosti, svobodna volja, odločanje

POVZETEK - Daljšanje življenjske dobe prinaša tudi nove zahteve na področju zdravstvenega varstva. V institucionalnih oblikah bivanja so najpogostejše osnovne življenjske aktivnosti. Namen raziskave je bil ugotoviti, koliko lahko starejši odločajo o svojem načinu življenja, če bivajo v domu. Podatke smo zbrali z anketnim vprašalnikom. Vzorec predstavlja 58 stanovalcev iz treh domov starejših občanov v Sloveniji. Vključitveni kriterij je rezultat najmanj 23 točk pri kratkem preizkusu spoznavnih sposobnosti in prostovoljna privolitev v sodelovanje. Za analizo je uporabljena deskriptivna statistika. Pokretni stanovalci v 51,7 % navajajo, da imajo možnost svobodnega odločanja vedno, medtem ko delno pokretni stanovalci zgolj v 24,1 %. Stanovalci so najbolj omejeni glede izbire negovalnega tima ($M = 1,724$) in izbire hrane ($M = 2,621$). Možnost odločanja o osebni negi in higieni imajo na večini področij ($M = 3,845$). Pogosto imajo možnost izbire, do kdaj bodo imeli zvečer priklopljene avdio naprave ($M = 4,211$). Z raziskavo smo ugotovili, da življenje v domovih le ni tako omejeno, kot smo predvidevali. Da bi lahko zadovoljili sedanje in privabili nove stanovalce, je treba upoštevati osebne navade in potrebe stanovalcev ter izboljšati bivalne pogoje stanovalcev.

UDK 365-54-053.9

KEY WORDS: older people, activity, free will, decision-making

ABSTRACT - Longer life expectancy brings greater demands on the healthcare systems. The most important in institutional living are basic life activities. The purpose of this research was to find out how many possibilities the older people have for free decision-making about their way of life in certain aspects of human function if they live in residential care homes. Data were collected by a questionnaire. The sample included 58 residents of three residential care homes in Slovenia. The inclusion criteria was the result of the Mini Mental State Examination of at least 23 points and the respondent's consent. Descriptive statistics was used for the analysis. 51.7% of the mobile residents said they always have an option for the free decision-making, while only 24.1% of partially mobile residents said the same. The residents are the most restricted in choosing their nursing team ($M = 1.724$) and by the choice of food or any of the meals ($M = 2.621$). The residents have the possibility of making decisions regarding personal care and hygiene in most areas ($M = 3,845$). They can often decide on when to turn off the audio devices in the evening ($M = 4,211$). The research showed that life in a residential home is not as limited as predicted. In order to satisfy the current and attract new residents, we need to consider the personal habits and needs of older people that would improve the living standards and the quality of life of residents, as well as the working conditions of employees.

1 Teoretična izhodišča

Institucionalno varstvo starejših je pri nas najbolj razvita storitev pri oskrbi starejših ljudi. Statistika kaže, da je leta 2013 v domovih starejših občanov v Sloveniji bivalo 16.554 oseb, starih 65 ali več let. Od tega je 25,1 % delež pokretnih stanovalcev, ki spadajo v 1. kategorijo oskrbe, sledijo stanovalci 2. kategorije oskrbe (delno pokretni) z 19,3 % deležem (Čuk, 2014). Ob začetku leta 2015 je bilo v Sloveniji na voljo 20.224 mest v 98 domovih in posebnih zavodih. Od tega je bilo v domovih za starejše od 65 let na voljo 18.672 mest (<http://www.ssz-slo.si/splosno-o-domovih-in-posebnih-zavodih>). Konec junija 2016 je bilo v Sloveniji 380.102 starejših nad 65 let kar predstavlja 18,41% delež celotne populacije slovenskega prebivalstva (<http://www>.

ssz-slo.si /Media/Default/Page/Pregled%20kapacitet/POKRITOST%20RS%20%2030.6.2016.pdf).

Število zaposlenih v domu in njihova usposobljenost je odvisna od števila stanovalcev v domu in njihovih potreb. Premajhno število osebja je glede na zastarele normative v slovenskih domovih velik problem. Cene oskrbe so za naš ekonomski standard previsoke, zato si najbolj osnovne nastanitve v domu marsikdo ne more privoščiti, kaj šele, da bi plačeval in koristil usluge ponujenih dodatnih storitev (Bračič, 2011).

Osnovna dejavnost domov za starejše je izvajanje socialno-varstvenih storitev za starejše z namestitvijo. Zakon o socialnem varstvu jo uvršča v javno službo ter opredeljuje kot obliko institucionalnega varstva, namenjeno odpravljanju osebnih stisk in težav starejših od 65 let in drugih oseb, ki zaradi starosti, bolezni ali drugih razlogov ne morejo živeti doma. Dejavnost v domovih obsega osnovno in socialno oskrbo v skladu s Pravilnikom o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev in zdravstvene storitve po predpisih s področja zdravstvenega varstva.

Osnovna oskrba zajema bivanje, organiziranje prehrane, tehnično oskrbo in prevoz. Bivanje se organizira v opremljenih in vzdrževanih sobah, z ustrezno uravnavano temperaturo. Sobe so eno ali dvoposteljne za odrasle osebe in starejše od 65 let. Vključuje zagotavljanje sanitarnih prostorov, prostorov za osebno higieno, skupnih prostorov ter prostorov za izvajanje programov. Bivanje zajema tudi čiščenje bivalnih prostorov in pranje, čiščenje ter vzdrževanje oblačil ter osebnega in skupnega perila. Organiziranje prehrane zajema nabavo, pripravo in ustrezno postrežbo celodnevne, starosti in zdravstvenemu stanju primerne hrane in napitkov.

Tehnična oskrba je organizirana dejavnost za zagotavljanje tehničnih pogojev za optimalno izvajanje institucionalnega varstva ter vključuje naloge vzdrževanja opreme, prostorov, objekta in okolice ter prevoze v primerih, ko gre za izvajanje zakonskih pravic in obveznosti uporabnikov, prevoz pa ni mogoč s strani svojcev ali zakonitega zastopnika. Socialna oskrba je strokovno vodena dejavnost, namenjena izvajanju vsebin socialne preventive, terapije in vodenja upravičencev. Vključuje izvajanje nalog varstva in posebnih oblik varstva. Varstvo pomeni nudenje pomoči pri vzdrževanju osebne higiene in izvajanju dnevnih aktivnosti (vstajanju, oblačenju, premikanju, hoji, komunikaciji in pri orientaciji). Posebne oblike varstva so namenjene ohranjanju in razvoju samostojnosti, razvoju socialnih odnosov, delovni okupaciji, korekciji in terapiji motenj, aktivnemu preživljanju prostega časa ter reševanju osebnih in socialnih stisk.

Izvajanje osnovne in socialne oskrbe se izvaja v eni izmed štirih kategorij oskrbe:

- *oskrba 1*: Namenjena je osebam, ki niso sposobne za popolnoma samostojno življenje in potrebujejo manjši obseg neposredne osebne pomoči.
- *oskrba 2*: Namenjena je osebam z zmernimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki potrebujejo večji obseg neposredne osebne pomoči.
- *oskrba 3*: Namenjena je osebam z najzahtevnejšimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki v celoti potrebujejo neposredno osebno pomoč, in sicer:
 - za osebe, ki potrebujejo neposredno osebno pomoč za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb,

- za najtežje prizadete osebe.
- *oskrba 4*: Namenjena je osebam z zahtevnejšimi dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki zaradi starostne demence ali sorodnih stanj potrebujejo delno ali popolno osebno pomoč in nadzor.

Delovna terapija je zdravstvena in rehabilitacijska stroka, katere cilj je lajšanje različnih psihofizičnih bolezenskih stanj z uporabo namenskih aktivnosti, v okviru individualnih želja, potreb in zmožnosti, ter stanovalcu omogočiti, da živi čim bolj kakovostno in produktivno življenje v domu. V okviru programa delovne terapije se izvajajo individualne in skupinske oblike dela, kot so aktivnosti za učenje, ohranjanje in obnavljanje samostojnosti, aktivnosti za večanje in ohranjanje fizičnih zmogljivosti, aktivnosti, ki večajo produktivnost ter aktivnosti, ki se izvajajo v okviru prostega časa (krožki, obiski šol, vrtcev, družabni program idr.) (Skupnost socialnih zavodov, 2014).

Potrebe starejših ljudi z leti naraščajo, predvsem v smislu visokokakovostne nege in varstva ter socialne in medicinske oskrbe. Domovi se srečujejo z vse večjimi zahtevami, zato nenehno izboljšujejo in ocenjujejo zadovoljstvo starejših ter kakovost opravljenih storitev (Letno poročilo skupnosti socialnih zavodov Slovenije, 2010).

Z raziskavo želimo ugotoviti kakšne so možnosti stanovalcev v treh domovih starejših glede svobodne izbire odločanja o načinu življenja na področju zasebnosti, prehrane, fizičnega udobja ter okolja.

2 Metoda

V raziskavo, ki je nastala za potrebe priprave diplomskega projekta manjše skupine študentov delovne terapije, smo vključili tri domove starejših občanov (v nadaljevanju DSO1, DSO2 in DSO3). Domove smo med seboj primerjali na podlagi pridobljenih cen dnevne oskrbe za 1. kategorijo oskrbe in na podlagi števila zaposlenih zdravstvenih delavcev na stanovalca v posameznem domu.

Podatke smo zbirali z anketnim vprašalnikom, ki je nastal za potrebe raziskave na podlagi študija literature in je sestavljen iz 18 vprašanj. Od tega so prva tri vprašanja demografske narave. Vprašanja od vključno 4 – 7 so merjena z 2-stopenjsko lestvico (nominalne spremenljivke z možnostjo odgovorov DA ali NE). Preostala vprašanja od vključno 8 – 16 so merjena s 5-stopenjsko Likertovo lestvico (1 - sploh ne, 2 - redko, 3 - včasih, 4 - pogosto, 5 - vedno). Vzorec anketirancev predstavlja 58 naključno izbranih stanovalcev treh domov starejših občanov v Sloveniji. Polovica anketirancev iz vsakega izmed domov je pokretnih, torej mobilnih brez kakršnih koli pripomočkov in polovica delno pokretnih. Slednji v vsakdanjem življenju uporabljajo bodisi invalidski voziček, bodisi hoduljo, bergle ali kakšen drug pripomoček, s pomočjo katerega so mobilni tako v ožjem kot tudi širšem okolju. Na podlagi prostovoljne privolitve za sodelovanje smo z vsakim posameznim stanovalcem pred pričetkom anketiranja izvedli Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti (KPSS). Izključitveni kriterij za sodelovanje v raziskavi je bil doseženo število 23/30 točk ali manj pri testu KPSS s čimer smo že-

leli iz raziskave izključiti stanovalce pri katerih se kaže upad spoznavnih sposobnosti (Granda, 2003).

Izpolnjevanje anketnih vprašalnikov smo, po vnaprejšnjem dogovoru z udeleženci, vodili raziskovalci, s čimer smo se želeli izogniti neveljavnim odgovorom zaradi morebitnih nejasnosti pri vprašanjih. Sodelovanje je bilo prostovoljno, anonimnost sodelujočih tudi pri obdelavi podatkov zagotovljena.

Za obdelavo podatkov, pridobljenih z anketiranjem, je bil uporabljen računalniški program IBM SPSS v.23 for Windows za osebne računalnike.

3 Rezultati

Tabela 1: Primerjava domov med seboj na podlagi pridobljenih cen dnevne oskrbe za 1. kategorijo oskrbe in na podlagi števila zaposlenih zdravstvenih delavcev na stanovalca v posameznem domu.

<i>DSO</i>		<i>DSO 1</i>		<i>DSO 2</i>		<i>DSO 3</i>	
<i>Število stanovalcev</i>		162		127		197	
Število zaposlenih zdravstvenih delavcev	Od tega število delovnih terapevtov	40	1	33	1	28	1
	Od tega število fizioterapevtov		1		1		2
Stroški bivanja 1. kategorija oskrbe		22,99 evrov/dan		18,82 evrov/dan		16,79 evrov/dan	

Vprašanje o možnosti svobodne izbire odločanja je bilo merjeno na 5 stopenjski lestvici, kjer 1 pomeni sploh ne, 2 redko, 3 včasih, 4 pogosto in 5 vedno. Aritmetična sredina oz. povprečje je 3,793 (skoraj 4) in pove, da v povprečju anketiranci menijo, da imajo v domskem varstvu pogosto svobodno izbiro odločanja o načinu življenja. Podrobnejšo delitev najdemo v tabeli 2.

Tabela 2: Podatki o svobodni izbiri odločanja o življenju stanovalcev

		<i>Pokretni stanovalci</i>		<i>Delno pokretni stanovalci</i>		<i>Skupaj</i>	
		<i>Frekvenčna porazdelitev</i>	<i>%</i>	<i>Frekvenčna porazdelitev</i>	<i>%</i>	<i>Frekvenčna porazdelitev</i>	<i>%</i>
Ali na splošno menite, da imate v Vaši ustanovi možnost svobodne izbire odločanja o Vašem načinu življenja?	Sploh ne-1	0	0,0	2	6,9	2	3,4
	Redko-2	1	3,4	3	10,3	4	6,9
	Včasih-3	8	27,6	12	41,4	20	34,5
	Pogosto-4	5	17,2	5	17,2	10	17,3
	Vedno-5	15	51,7	7	24,1	22	37,9
	Skupaj	29	100,0	29	100,0	58	100,0

Iz Tabele 2 je razvidno, da le 3,4 % anketirancev meni, da v ustanovi, kjer biva sploh nima možnosti svobodne izbire odločanja o načinu življenja. Največji delež vprašanih tj. 37,9 % je mnenja, da imajo vedno možnost svobodne izbire odločanja o svojem načinu življenju.

Pokretni stanovalci v 51,7 % navajajo, da imajo vedno možnost svobodne izbire odločanja, delno pokretni stanovalci pa zgolj v 24,1 %. Povezanost med spremenljivkama zato v nadaljevanju preverimo s hi kvadrantom.

Tabela 3: Izračun Chi-square (χ^2)

	<i>Vrednost</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-sided)</i>
PearsonChi-Square	6,709	4	,152
LikelihoodRatio	7,601	4	,107
Linear-by-LinearAssociation	6,470	1	,011
Veljavni primeri	58		

Vrednost hi kvadrata znaša 6,709 ($\chi^2 = 6,709$). Natančna stopnja značilnosti je 0,152 ($p = 0,152$). To pomeni, da spremenljivki pokretnost in delna pokretnost med seboj nista povezani. Zato ne moremo trditi, da pokretnost vpliva na možnost svobodne izbire odločanja o načinu življenja stanovalcev.

Tabela 4: Opisne statistike odgovorov glede na različnih možnosti izbire

	<i>N</i>	<i>Aritmetična sredina (M)</i>	<i>Standardni odklon</i>	<i>Standardna napaka ar. sredine</i>
Ali imate možnost izbire hrane ali vsaj katerega izmed obrokov?	58	2,621	1,6095	,2113
Ali imate možnost samostojnega izhoda iz Vaše ustanove?	58	4,224	1,4635	,1922
Ali imate možnost izbire, do kdaj boste zjutraj spali?	58	3,241	1,7402	,2285
Ali imate možnost odločanja o osebni negi in higieni (npr. tuširanje, intimna nega, ustna nega, umivanje las, menjava perila, menjava posteljnine ...)?	58	3,845	1,3993	,1837
Ali imate možnost izbire negovalnega osebja?	58	1,724	1,4116	,1854
Ali imate možnost izbire, do kdaj boste imeli zvečer priklopljene avdio naprave (tv, radio...)?	57	4,211	1,4109	,1869

Iz podatkov o aritmetični sredini (M) lahko v zgornji tabeli opazimo, da so stanovalci najbolj omejeni glede izbire negovalnega tima ($M = 1,724$), kar pomeni, da lahko le redko izbirajo člane negovalnega osebja. Sledi izbira hrane ali katerega izmed obrokov ($M = 2,621$), kar pomeni, da lahko redko ali včasih izbirajo hrano oz. obroke. Stanovalci imajo včasih možnost izbire, do kdaj bodo zjutraj spali ($M = 3,241$). Možnost odločanja o osebni negi in higieni imajo na večini področij ($M = 3,845$). Pogosto imajo možnost izbire, do kdaj bodo imeli zvečer priklopljene avdio naprave ($M =$

4,211) kot tudi možnost samostojnega izhoda iz ustanove ($M = 4,224$). Standardna napaka pri porazdelitvi vzorčnih aritmetičnih sredin pri vseh spremenljivkah niha od 0,1837 do 0,2285.

Vrednost testne statistike t je pri večini spremenljivk pozitivna, izjemoma pri eni (Ali imate možnost izbire negovalnega osebja? = -1,488). Negativna vrednost nakazuje, da je vzorčna aritmetična sredina ($M = 1,724$) manjša od zastavljene aritmetične sredine ($M = 2$ »redko«). Manjša je za -0,2759. Pri drugih spremenljivkah je aritmetična sredina večja od hipotetične populacijske aritmetične sredine (večja od 2 – redko), kar nakazuje pozitivna vrednost statistike t . Večja je za od 0,6207 do 2,2241.

Vrednost aritmetične sredine na vzorcu je v večini primerov večja od hipotetične aritmetične sredine, ki smo si jo zastavili (2 – redko). Iz tega je razvidno, da imajo stanovalci pogosteje možnost svobodne izbire odločanja kot smo predvideli.

Tabela 5: T-test za en vzorec

	Testna vrednost = 2 (redko)					
	t	df	Statistična značilnost (/2)	Razlika v aritmetični sredini	95% interval zaupanja	
					Spodaj	Zgoraj
Ali imate možnost izbire hrane ali vsaj katerega izmed obrokov?	2,937	57	,005	,6207	,197	1,044
Ali imate možnost samostojnega izhoda iz Vaše ustanove?	11,574	57	,000	2,2241	1,839	2,609
Ali imate možnost izbire, do kdaj boste zjutraj spali?	5,433	57	,000	1,2414	,784	1,699
Ali imate možnost odločanja o osebni negi in higieni (npr. tuširanje, intimna nega, ustna nega, umivanje las, menjava perila, menjava posteljnine...)?	10,041	57	,000	1,8448	1,477	2,213
Ali imate možnost izbire negovalnega osebja?	-1,488	57	,142	-,2759	-,647	,095
Ali imate možnost izbire, do kdaj boste imeli zvečer priklopljene avdio naprave (tv, radio...)?	11,829	56	,000	2,2105	1,836	2,585

4 Razprava

Starostniki so osebe z bogatimi življenjskimi izkušnjami, lastnimi značilnostmi in zmožnostmi. Pomembno je, da znamo prisluhniti njihovim željam, interesom in potrebam (Oven, 2008). Starostniki velik pomen pripisujejo vključenosti v odločanje o dogodkih, ki se tičejo njihovih življenj. Želijo biti spoštovani in imeti dovolj časa za razmislek. Zaupljivost pri odnosih in informiranost sta zanje zelo pomembni (Bastiaens, 2007). Samostojnosti in možnostim odločanja o izvajanju dnevnih aktivnosti, o fizičnem in socialnem okolju, o financah ter življenjsko pomembnih situacijah kognitivno urejeni stanovalci pripisujejo velik pomen (Harper Ice, 2002).

Findeisen (2005) v raziskavi ugotavlja, da je kakovost življenja starostnika odvisna od številnih zadovoljenih potreb, ki dajejo smisel in motivacijo njegovemu življenju. Potreba po svobodi in izbiri se je izkazala za tako pomembno kot njihove višje psihosocialne potrebe (možnosti za delo, druženje, pripadanje, ustvarjanje), za katere se zunanjim opazovalcem dozdeva, da so v domovih starejših občanov pogosto zapostavljene. Gre za problem institucionalizirane oblike bivanja, saj le ta omejuje svobodno odločanje stanovalcev o načinu njihovega življenja. Dejstvo je, da imajo stanovalci večine sodobnih institucij zelo omejene možnosti izbire glede namestitve in načina oskrbe (Milošević Arnold, 2005).

Starejši osamitev v domovih za starejše občane doživljajo travmatično (Krasko, 2010). Po navedbah gerontologa Ramovša, največ ljudi v domovih za starejše občane umre v prvih dveh letih. Tisti, ki preživijo to obdobje, se običajno navadijo na drugačne življenjske razmere in živijo dlje (Krasko, 2010).

Gotovnik (2011) ugotavlja, da starejše bremeni miselnost drugih, kako njihovi otroci niso naredili vsega za njih, da jih zanemarjajo in ne marajo. Omenjena dejstva med starejšimi v veliki meri povzročajo stres in nadvladajo resnični miselnosti starejših o domu. Zgolj četrtnina starejših v dom odide brez duševnih stisk (Squiresa, 2002). Najbolj boleč je prehod v dom pri starejših, kateri vidijo možnost bivanja z otroki v domačem okolju. Ti imajo slabo mnenje o domu. Prehod v dom je boleč pri starejših, ki se težje prilagajajo novemu okolju ali so bolj samostojni. Mnenje ljudi, ko pridejo v dom, je večinoma drugačno od idealnih predstav. Vsaka nastanitev v dom in nov prostor prinaša s seboj tudi spremembe, katerim se je potrebno prilagoditi in se nanje navaditi (Gotovnik, 2011).

Delovni terapevti se zavedamo pomena vključenosti stanovalcev v soodločanje o samem sebi in svojem življenju ter jih k temu spodbujamo kljub temu, da so pokretni stanovalci precej bolje ocenili možnost odločanja o načinu življenja kot delno pokretni stanovalci, večja pokretnost ne vpliva na izbor ocene, s katero merimo možnost svobodne izbire odločanja. Pripravljeni moramo biti na dejstvo, da naj bi se delež starejših povečeval vse do leta 2055, ko naj bi le-ti predstavljali 30,1 % celotne populacije. Delež najstarejših, tj. starih 80 let ali več, naj bi bil 38,3 % (Čuk, 2014). Precej višja pričakovana življenjska doba starajočega se prebivalstva prinaša dodatne izzive, predvsem večje zahteve na področju sistemov zdravstvenega varstva. Zavedati se moramo, kako pomembno je, da starejše aktivno vključujemo v načrtovanje njihove starosti, da jim ponudimo možnost, da odločajo o svojem zdravju, izrazijo skrb kot tudi da imajo možnost izraziti svoje želje. Omenjeni način dela se odraža na njihovem zdravju, jim prinaša zadovoljstvo in ne nazadnje jim na ta način omogočimo uresničevati eno izmed temeljnih življenjskih pravic – soodločanje o samem sebi. Pri tem je ključnega pomena zavedanje o realnih možnostih in zmožnostih posameznika, ki se vključuje v proces odločanja in soodločanja o samem sebi (Bastiaens, 2007).

Raziskavo smo usmerili v vsakodnevne človekove aktivnosti. Z anketnim vprašalnikom se nismo dotaknili vprašanj, ki se tičejo izbire in odločanja o zdravstvenih posegih v slovenskih domovih starejših občanov, kar bi bilo v prihodnje prav tako smiselno raziskati. Bastiaens in sodelavci (2003) so ugotovili, da so stanovalci dokaj zadovoljni

z možnostjo izbire obrokov ter zasebnostjo in avtonomijo, niso pa zadovoljni s soodločanjem o zdravstvenih posegih.

V naši raziskavi so stanovalci najslabše ocenili možnost izbire oseb, ki jih negujejo in sicer s povprečno oceno 1,7 – redko, kar smo glede na pomanjkanje kadra in hiter tempo dela pričakovali (Klemenc, 2008). Najbolje so ocenili možnost samostojnega izhoda iz ustanove in sicer s povprečno oceno 4,2 – pogosto. Predvidevali smo, da se bodo stanovalci pri tem vprašanju odločili za nižjo oceno, predvsem zaradi preventive preprečevanja padcev v domovih starejših občanov, ki so eden izmed njihovih pogo-
stejših spremljevalcev v starosti. Nemalokrat pride celo do tega, da se zaradi strahu pred padcem starostniki začnejo zavestno izogibati nekaterim vsakodnevnim aktivno-
stim, ki so jih sicer sposobni opravljati (Murphy and Tickle-Degnen, 2001).

Na začetku raziskovanja izbrane tematike smo predvidevali, da bodo rezultati anali-
ze anketnih vprašanj pokazali manj možnosti izbire svobodnega odločanja o načinu
življenja, predvsem zaradi precejšnjega splošnega nezadovoljstva, ki smo ga zaznali
med anketiranjem stanovalcev. Rezultati analize pa so pokazali ravno nasprotno, saj
so stanovalci možnosti svobodne izbire odločanja o načinu življenja ocenili bolje, kot
smo pričakovali.

5 Sklep

Naraščanje starejšega prebivalstva se bo v prihodnje nadaljevalo. Zaradi izboljšanega
življenjskega standarda se življenjska doba podaljšuje, s čimer postaja generacija sta-
rejših znotraj sebe vedno bolj heterogena po svojih sposobnostih, interesih in potrebah
(Hojnik in Zupanc, 1999).

Na podlagi izvedene raziskave in pridobljenih podatkov ter njihove analize ugotavlja-
mo, da življenje v domovih (ki so bili vključeni v raziskavi) le ni tako omejeno, kot
smo predvidevali. Vsi zaposleni v takšni instituciji, ne glede na delovno mesto, se
morajo zavedati pomena svobodnega odločanja stanovalcev v zvezi s samim seboj in
s svojim življenjem. Skupaj morajo delovati v dobrobit stanovalcev, ki so pravzaprav
srce njihove institucije in se s skupnimi močmi truditi, da jim omogočijo kakovostno
življenje in ne nazadnje kakovostno staranje. Verjamemo, da bi z večjim upoštevanjem
osebnih potreb, želja in interesov stanovalcev dosegli še višjo stopnjo zadovoljstva,
kar neposredno vpliva tudi na bolj kakovostno in prijetno življenje. Ob vsem tem pa
vsekakor ne smemo pozabiti na delovne pogoje zaposlenih, ki jih v osnovi določajo
kolektivne pogodbe in normativi zaposlovanja na področju socialnega varstva kamor
domske ustanove sodijo. Zato bi bilo v prihodnje smiselno raziskati tudi možnosti
glede izbire odločanja o vrstah izvajanja storitev med zaposlenimi v domovih starejših
občanov.

Za nadaljnje raziskovanje bi predlagali uporabo poenostavljenega vprašalnika tako, da
bi bila vprašanja bolj razumljiva stanovalcem. Namesto vprašalnika bi lahko izvedli
nestrukturirane intervjuje, pri teh bi imeli stanovalci bistveno več možnosti, da odkrito
spregovorijo o zadevah, ki jih motijo oz. s katerimi niso zadovoljni.

LITERATURA

1. Bastiaens, H., Van Royen, P., Rotar Pavlic, D., Raposo, V. in Baker, R. (2007). Older people's preferences for involvement in their own care: A qualitative study in primary health care in 11 European countries. V: *Patient Education and Counseling*, 68 (1), 33–42.
2. Bračič, S. (2011). Razvojne možnosti javnih in zasebnih domov za starejše v Sloveniji z vidika zadovoljstva starostnikov (Doktorska disertacija). Maribor: Filozofska fakulteta.
3. Čuk, J. (2014). Mednarodni dan starejših 2014. Pridobljeno 26. 2. 2015, s http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=6513.
4. Findeisen, D. (2005). Prihodnost starejših v Evropi. Pridobljeno 1. 3. 2015, s <http://www.univerzazatretjeobd-drustvo.si/strokovniClanki/Findeisen-Prihodnost%20starejsih%20v%20Evropi.pdf>.
5. Gotovnik, B. (2011). Starostnikovo doživljanje prehoda iz domačega okolja v dom starejših občanov (Diplomsko delo). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
6. Granda, G., Mlakar, J. in Vodušek, D. B. (2003). Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti – umerjanje pri preiskovancih, starih od 55 do 75 let. *Zdravniški vestnik*, 72 (10), 575–581.
7. Harper, I. G. (2002). Daily life in a nursing home. Has it changed in 25 years? *Journal of Aging Studies*, 16 (2), 345–359.
8. Hojnik Zupanc, I. (1999). Samostojnost starega človeka v družbeno-prostorskem kontekstu. Ljubljana: Znanstvena knjižnica FDV.
9. Krasko (2010). Ni toliko pomembno koliko si star, temveč kako si star. *Naša lekarna št.45 letnik 05. 68-72*. Pridobljeno 17. 8. 2015, s http://www.nasa-lekarna.si/uploads/media/Nasa_lekarna_stevilka45.pdf.
10. Milošević, A. V. (2005). Kakovost bivanja v domovih za stare ljudi. V 1. Več disciplinarno psiho geriatrično srečanje: Ali smo pripravljeni na starost jutrišnjega dne?, zbornik referatov, Maribor, 27. maja 2005. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor - oddelek za psihiatrijo, 54–67.
11. Murphy, S. in Tickle-Degnen, L. (2001). Participation in daily living tasks among older adults with fear of falling. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55, (5), 538–544.
12. Oven, A. in Slavec, L. (2008). Starostnik – sodelovanje v delovno terapevtski obravnavi. V *Začrtajva pot do dobrega počutja/ IV. Kongres delovnih terapevtov Slovenije, Podčetrtek, 11. - 13. september 2008*. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije, 57–66.
13. Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2014. Predstavitev storitev za starejše in dejavnosti domov. Pridobljeno 22. 10. 2016, s http://www.ssz-slo.si/Media/Default/documents/publikacije/SSZ%20Slovenije_brosura_predstavitev%20domov_2014.pdf.
14. Skupnost socialnih zavodov Slovenije. Pridobljeno 22. 10. 2016, s <http://www.ssz-slo.si/splosno-domovih-in-posebnih-zavodih>.
15. Skupnost socialnih zavodov Slovenije. (2010). Letno poročilo SSZS za 2010. Ljubljana: SSZS.
16. Squires, A. in Hastings, M. (2002). *Rehabilitation of the older person. A handbook for the interdisciplinary team*, third edition. Nelson Thornes Ltd, United Kingdom.

Obravnava dolgotrajno bolnih otrok v vzgojno-izobraževalnem procesu

UDK 37-056.24-053.2

KLJUČNE BESEDE: dolgotrajno bolni otroci, otroci s posebnimi potrebami, individualizirani programi

POVZETEK - Dolgotrajno bolni otroci so otroci z dolgotrajnimi oz. kroničnimi motnjami ter boleznimi, ki so zaradi zdravljenja oz. poslabšanja zdravstvenega stanja pogosto odsotni od pouka. V vzgojno-izobraževalnem procesu se zavedamo, da bolezen spremeni način življenja, kljub spremembam pa gre življenje naprej in prav šola je pogosto tista, ki otroka spomni na to, da življenje kljub bolezni teče dalje. V šoli se tega zavedamo in se trudimo ves čas celostno obravnavati učence. Ob vključitvi otroka s posebnimi potrebami v šolo oz. oddelek posebno pozornost posvečamo ustvarjanju pozitivne klime in dobremu sodelovalnemu odnosu s starši oz. skrbniki dolgotrajno bolnega učenca. Strokovna skupina na šoli izdelava individualizirani program, s katerim se določijo oblike dela na posameznih področjih oz. pri posameznih predmetih, način izvajanja dodatne strokovne pomoči, prehajanje med programi ter potrebne prilagoditve pri organizaciji, preverjanju in ocenjevanju znanja, napredovanju in časovni razporeditvi pouka. Z vsemi predvidenimi prilagoditvami naj bi otroku s posebnimi potrebami omogočili doseči vsaj minimalne cilje in standarde znanja za razred, v katerega bo vključen, na prvem mestu pa je seveda zdravje otroka.

UDK 37-056.24-053.2

KEY WORDS: long-term sick children, children with special needs, individualised programme, additional professional assistance

ABSTRACT - Long-term sick children are considered as children with long-term or chronic disorders and diseases. They are often absent from school due to treatments or deterioration of their health condition. In the educational process, we are aware that the disease changes the child's way of life. Despite the change, life goes on and school is often the one which reminds the child of that fact. The school staff are aware of this issue and are continuously working towards a comprehensive treatment of the pupils. On integrating a child with special needs in the school, we pay special attention to creating a positive atmosphere and the good cooperative relationship with parents or guardians of the long-term sick pupil. The school's expert group forms an individualised programme, which determines forms of work in specific areas or at specific subjects, the method of implementing the additional professional assistance, the advancement between programs as well as the necessary adjustments in the organization, assessment of knowledge, progress and timing of classes. With all of the proposed adjustments, the school tries to enable the child to achieve at least the minimum objectives and standards of knowledge; nevertheless, the long-term sick children's health is still the primary consideration of the school.

1 Otroci s posebnimi potrebami

Po Zakonu o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (Ur. l. RS 58/2011) so otroci s posebnimi potrebami skupina otrok, ki pri vzgoji in izobraževanju krajši ali daljši čas potrebujejo različne oblike pomoči in prilagoditve. Sem sodijo tudi dolgotrajno bolni otroci. To so otroci z dolgotrajnimi oziroma kroničnimi motnjami ter boleznimi, ki jih ovirajo pri šolskem delu. Dolgotrajna bolezen je vsaka tista bolezen, ki ne izzveni v treh mesecih. Med dolgotrajne bolezni sodijo kardiološke, endokrinološke, gastroenterološke, alergološke, revmatološke, nefrološke, pulmološke, onkološke, hematološke, dermatološke, psihiatrične in nevrološke bolezni, avtoimune motnje ter motnje prehranjevanja. Ti otroci so omejeni v aktivnostih, ker imajo šibko psihofizično kon-

dicijo, pogosto pa so zaradi zdravljenja oz. poslabšanja zdravstvenega stanja daljši ali krajši čas odsotni od pouka.

Če so hospitalizirani na otroških oddelkih ljubljanskih bolnišnic, je učno-vzgojno delo v bolnišničnih šolskih oddelkih namenjeno obolelim in bolnim učencem iz vse Slovenije. Bolnišnični šolski oddelki delujejo na Pediatrični kliniki, na otroškem oddelku Ortopedske in Dermatovenerološke klinike, na Univerzitetnem Rehabilitacijskem Inštitutu Soča ter na Psihiatrični kliniki v Ljubljani. Občasno se šolsko delo odvija tudi na Infekcijski kliniki, izvajajo pa tudi poučevanje na domu preko računalnika. Za učence, ki se zdravijo doma ali le občasno obiskujejo pouk, se vloži zahtevo za pridobitev odločbe o statusu učenca s posebnimi potrebami, s katero je upravičen do dodatne strokovne pomoči.

2 Načela vzgoje in izobraževanja

Košir in drugi (2008) poudarjajo, da so za vzgojo in izobraževanje učencev s posebnimi potrebami v času osnovnošolskega izobraževanja poleg splošnih načel pomembna še predvsem naslednja načela:

- integracije kot sodobne oblike izobraževanja otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami,
- zagotovitve ustreznih pogojev, ki bodo osnova za uspešno učenje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami,
- enakih možnosti, s hkratnim upoštevanjem drugačnosti otrok in mladostnikov narakuje takšno naravnost vzgoje in izobraževanja, ki bo zagotavljala otrokom in mladostnikom s posebnimi potrebami v procesu vzgoje in izobraževanja v čim večji meri preseči posledice motenj, primanjkljajev ali ovir,
- pravice do izbire, ki pomeni, da je treba otrokom in mladostnikom s posebnimi potrebami in njihovim staršem zagotoviti pravico do izbire šole, ki ima zagotovljene možnosti za izvajanje ustreznega programa,
- vključevanja staršev v proces vzgoje in izobraževanja, ki izhaja iz ugotovitve, da sta vzgoja in izobraževanje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami v veliki meri odvisna od staršev, ki jih je zato potrebno vključevati v odločanje, načrtovanje, neposredno delo z otroki oz. mladostniki ter evalvacijo otrokovega napredovanja,
- organiziranja izobraževanja otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami čim bliže domu sledi principu, da tudi otrok s posebnimi potrebami, če je le mogoče, ne bi izločali iz družinskega in socialnega okolja,
- individualiziranega pristopa z diferenciranimi in individualiziranimi programi, ki upoštevajo otrokove oz. mladostnikove sposobnosti pa tudi primanjkljaje in možnosti za doseganje standardov znanja,
- kontinuiranosti programov zagotavlja fleksibilnost in prehajanje med različnimi oblikami izobraževanja,
- pravočasne usmeritve v ustrezen program vzgoje in izobraževanja, ki otrokom omogoča čim prejšnjo pomoč,

- interdisciplinarnosti zahteva, da v procesu vzgoje in izobraževanja otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami sodelujejo različni strokovnjaki (s področja šolstva, zdravstva in socialnega varstva), da bodo otrokove oz. mladostnikove potrebe celovito zaznane in da bo spremljanje njegovega učenja in razvoja celostno.

3 Usmerjanje in postopek usmerjanja

Usmerjanje je ugotavljanje primanjkljajev, ovir in motenj, ugotavljanje potreb po prilagoditvah in strokovni pomoči, umerjanje v ustrezen program vzgoje in izobraževanja in določitev vrste in obseg prilagoditev ter strokovne pomoči. Začetek postopka o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami lahko sprožijo starši oz. zakoniti zastopniki in tudi šola po uradni dolžnosti, kadar ocenijo, da je za otroka usmeritev potrebna. Vlogo za začetek postopka usmerjanja se vloži na območni enoti Zavoda Republike Slovenije za šolstvo, pristojni glede na kraj stalnega prebivališča otroka. Vloga mora vsebovati: zahtevo za uvedbo postopka, poročilo šole ali zavoda, ki ga otrok obiskuje, zapis pogovora z otrokom o postopku usmerjanja, strokovno dokumentacijo, ki jo je mogoče pridobiti na podlagi že opravljenih obravnav otroka (zdravstvena, psihološka, specialna pedagoška, socialna in druga poročila, ki se nanašajo na utemeljevanje posebnih potreb otroka). Če člani strokovne komisije za usmerjanje presodijo, da imajo ti otroci takšne razvojne in učne zmožnosti, da bodo, predvidoma s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo, dosegli vsaj minimalne standarde znanja, določene v učnih načrtih za vse predmete v predmetniku določenega razreda, se jim glede na vrsto in stopnjo primanjkljaja, ovire oz. motnje lahko prilagodi organizacija, način preverjanja in ocenjevanja znanja, napredovanje, časovna razporeditev pouka ter zagotovi dodatna strokovna pomoč.

4 Dodatna strokovna pomoč

Dodatna strokovna pomoč je sestavni del vzgojno-izobraževalnih programov s prilagojenim izvajanjem. DSP ima dve funkciji: pomoč pri premagovanju primanjkljajev, ovir in motenj (rehabilitacijska funkcija) in kot učna pomoč (funkcija pomoči pri učenju). To pomoč nudijo strokovnjaki (specialni pedagogi, socialni pedagogi, inkluzivni pedagogi, psihologi, pedagogi, logopedi, učitelji ...).

4.1 Individualiziran program

V skladu s 27., 28., 29. in 30. členom Zakona o usmerjanju (Ur.l. RS, št. 54/00) je strokovna skupina, ki jo imenuje ravnatelj, na šoli dolžna za otroka s posebnimi potrebami v roku 30 dni po dokončnosti odločbe o usmeritvi izdelati individualizirani program. Pri pripravi le-tega sodelujejo tudi starši. Z individualiziranim programom se v programu s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo določita organizacija in izvedba dodatne strokovne pomoči za: premagovanje primanjkljajev, izvajanje svetovalnih storitev in izvajanje učne pomoči, določijo se: cilji in oblike dela

na posameznih vzgojno-izobraževalnih področjih, strategije vključevanja otroka s posebnimi potrebami v skupino, potrebne prilagoditve pri preverjanju in ocenjevanju znanja, doseganju standardov in napredovanju, uporaba prilagojene in pomožne izobraževalne tehnologije, izvajanje fizične pomoči, izvajanje tolmačenja v slovenskem znakovnem jeziku, prehajanje med programi ter potrebne prilagoditve pri organizaciji, časovna razporeditev pouka in veščine za čim večjo samostojnost v življenju. Evaluacija IP-ja poteka ob zaključku 1. ocenjevalnega obdobja oz. po potrebi in ob koncu šolskega leta. Ob zaključku šolskega leta pa načrtujemo individualiziran program za dolgotrajno bolnega učenca za naslednje šolsko leto.

5 Prilagoditve vzgojno-izobraževalnega procesa

V vzgojno-izobraževalnem procesu se prilagodi: organizacija pouka, prostor didaktični pripomočki in oprema, organizacija časa, poučevanje in učenje, preverjanje in ocenjevanje znanja.

5.1 Organizacija pouka

Nekaterim učencem, ki jim je dolgotrajna bolezen povzročila tudi gibalno oviranost, je potrebno pouk organizirati tako, da njihove težave ne bodo onemogočale oz. preprečevale šolskega dela. Sicer je priporočljivo, da je matična učilnica takega učenca v pritličju šole, da se, kolikor je mogoče, zmanjša število selitev iz učilnice v učilnico oz. naj se takemu učencu omogoči zamenjava učilnice pred odmori.

5.2 Didaktični pripomočki in oprema

Dolgotrajno bolnim otrokom se po potrebi lahko zagotovijo posebni didaktični pripomočki in oprema.

5.3 Stalni aličasni spremljevalec

Zobec (2013) piše, da gibalno oviranim otrokom, ki zaradi ovir pri gibanju ne morejo samostojno hoditi in pri dnevni opravi potrebujejo delno ali stalno fizično pomoč pri izvajanju šolskega dela, se z odločbo lahko dodeli spremljevalec. Gre za težje ali težko gibalno ovirane otroke, ki za večji del gibanja v prostoru in zunaj njega potrebujejo delno ali popolno pomoč druge osebe, uporabljajo pa ročni ali elektronski voziček. Spremljevalec je lahko občasen ali stalen, določi pa se z odločbo in na podlagi otrokovih potreb.

5.4 Poučevanje in učenje

Nekateri dolgotrajno bolni otroci takoj po vrnitvi iz bolnišnice in bolnišnične šole še ne morejo zdržati pri celotnem pouku. Zato naj bo takemu učencu omogočeno postopno obiskovanje pouka.

Upoštevati je potrebno tudi, da je zaradi bolezni oz. načinov zdravljenja dolgotrajno bolni učenec pogosto odsoten (kontrolni pregledi, posebni postopki zdravljenja),

zato je potrebno te odsotnosti upoštevati pri celotnem ritmu učno-vzgojnega dela (npr. učenec naj ne bo ocenjen, če se je ravno prejšnji dan vrnil s kontrolnega pregleda, dodatnega zdravljenja ipd.).

Učitelj, ki poučuje dolgotrajno bolnega otroka, mora biti seznanjen z naravo otrokove bolezni, saj so od nje in načinov zdravljenja odvisne vse posebne prilagoditve in posebnosti pri poučevanju. Najpomembnejše je, da učitelj upošteva, da ima učenec zaradi morebitnih zdravil morda slabšo koncentracijo, da morda potrebuje pri posameznih nalogah in dejavnostih več časa, da morda potrebuje med uro hrano oz. tekočino, da potrebuje malo gibanja ipd. Vse to je odvisno od posamezne bolezni. Zato naj bodo podrobnosti opredeljene v individualnem načrtu.

Poglavitno pa je, da ima učitelj dolgotrajno bolnega otroka na očeh tako, da lahko opazi, ali delu lahko učenec sledi, ali je dejaven, ali pa zgolj pasivno sedi pri uri. Potrebno je namreč upoštevati otrokovo bolezen, ki pogostokrat zavira tempo dela.

Samo učno-vzgojno delo za dolgotrajno bolnega učenca je potrebno načrtovati tako, da bo usmerjeno predvsem na doseganje temeljnih učnih ciljev oz. na usvajanje temeljnih znanj in veščin. Tako bo tudi dolgotrajno bolni učenec kljub svoji bolezni zmožan uspešno nadaljevati svoje šolanje in ga tudi uspešno zaključiti.

Ker se bolnišnično šolsko delo odvija individualno oz. v manjših skupinah, tako da je lahko do največje možne mere individualizirano, se lahko zgodi, da bo imel učenec po vrnitvi v svojo šolo težave (ne bo zmožan slediti tempu dela v oddelku, težko se bo vključil v skupino). Potrebno mu je pomagati (skrbno spremljanje, uvajanje primerne oblike dela, notranje diferencialno delo, če je potrebno, dopolnilni pouk oz. individualna učna pomoč).

Zaradi specifičnosti obolenja posameznega otroka je potrebno včasih prilagoditi tudi delo pri posameznem predmetu (športna, likovna, tehnična, glasbena vzgoja, gospodinjstvo) in pri posameznih drugih šolskih dejavnostih (športni, naravoslovni, tehniški dnevi, ekskurzije, šola v naravi, tabori). Teh dejavnosti naj se dolgotrajno bolni učenci praviloma udeležujejo. Morebitne konkretne omejitve oz. prilagoditve so povezane s specifično otrokovega obolenja oz. bolezni, zato naj se matična šola o tem posvetuje z bolnišničnim učiteljem. Takim otrokom je potrebno zagotoviti dodatno spremstvo, če je le-to potrebno (prostovoljci, starši).

Zaradi večkratnih, krajših odsotnosti (pregledi, postopki zdravljenja) dolgotrajno bolni učenec pogosto ni deležen učiteljeve razlage, pojasnil, usmeritev. Zato mu je vse to potrebno omogočiti, bodisi v obliki dopolnilnega pouka bodisi v obliki individualne učne pomoči. Potrebno je seveda zagotoviti vire in določiti izvajalce te dodatne pomoči; ne sme pa to biti prepuščeno le dobri volji posameznega učitelja. Do te dodatne učne pomoči ima dolgotrajno bolni učenec pravico, določitev obsega in trajanja pa naj bo v pristojnosti komisije za usmerjanje. Dodatno strokovno pomoč izvaja strokovni delavec, določen z odločbo o usmeritvi.

5.5 Preverjanje in ocenjevanje znanja

Pri preverjanju in ocenjevanju znanja je potrebno upoštevati otrokovo zdravstveno stanje in njegove psiho-fizične sposobnosti. Preverjanje in ocenjevanje naj bo sprotno, napovedano in izvedeno tako, da na učenca ne deluje obremenilno. Učitelj naj bo seznanjen, če otrok uživa zdravila, ki zmanjšajo koncentracijo in nasploh upočasnjujejo ritem dela. To je potrebno upoštevati tudi pri preverjanju in ocenjevanju, tako da zagotovimo preverjanje in ocenjevanje manjših sklopov, podaljšan čas preverjanja ali odložitev preverjanja (npr. če ima učenec kontrolni pregled, če se vrne po daljši odsotnosti). Zaradi narave učenčeve bolezni oz. obolenja je preverjanje lahko zgolj ustno ali zgolj pisno.

Dolgotrajno bolni učenci, kot ostali učenci s posebnimi potrebami, so upravičeni do prilagojenega opravljanja zunanjega preverjanja znanja in nacionalnih preizkusov znanja.

6 Celostna obravnava dolgotrajno bolnih otrok

6.1 Pomoč pri vključevanju v vzgojno-izobraževalni proces

Ob vključitvi otroka s posebnimi potrebami v šolo oz. oddelek je potrebno posebno pozornost posvetiti ustvarjanju čim bolj pozitivne klime. Nepoznavanje drugačnosti otrok s posebnimi potrebami lahko med ostalimi učenci v oddelku oz. na šoli ojača morebitne predsodke ali ustvari nevzpodbudno klimo. Zato je pomembno »pripraviti« otroke na vključitev otroka s posebnimi potrebami tako, da jim ponudimo čim več informacij in možnostjo spraševanja. V prilagojeno obravnavo kronično bolnega otroka je potrebno vključiti vse zdrave otroke, sošolce. S tem se krepí socialna pripadnost skupnosti in socialna pozitivna vrednostna orientacija vseh učencev.

Otroci se med šolanjem srečujejo s številnimi težavami: od tistih pri učenju do strahu pred nalogami in spraševanjem, od osamljenosti v razredu do poslabšanja učnega uspeha, od težav, ki jih povzročajo različne oblike zasvojenosti, do neurejenih družinskih razmer. Včasih pa so to le vprašanja ali težave, ki so čisto edinstvene, odgovor nanje pa je neznan. Tu je šolska svetovalna služba na voljo prav vsem učencem, staršem in učiteljem, ki se srečajo z določenimi stiskami, vprašanj in jih ne zmorejo rešiti sami. Sodelovanje staršev s šolo je gotovo pomemben način za otrokov optimalen razvoj.

Prav tako je potrebno otroku s posebnimi potrebami predstaviti naravo njegovih posebnih potreb in ga razbremeniti občutka krivde, ki je pogosto prisoten ob težavah, ki jih ima lahko na različnih razvojnih in učnih področjih. Tako kot za vse otroke, je za otroka s posebnimi potrebami še bolj pomembno, da se čuti v oddelku sprejetega in varnega, saj je to pogoj za vzpostavljanje socialnih interakcij, komunikacijo in tudi uspešno učenje.

6.2 Sodelovanje s starši

Košir in drugi (2008) so mnenja, da zgolj uveljavljene oblike dela s starši praviloma niso zadostne za učinkovito vključevanje otrok s posebnimi potrebami in morebitno reševanje problematike v odnosih med učenci, strokovnimi delavci in starši vseh otrok in otrok s posebnimi potrebami. Nepoznavanje problematike, ki je povezana z vključitvijo otrok s posebnimi potrebami v šolo (oddelek) lahko sproža različna odzivanja staršev ostalih otrok. Zato je pomembno posebno pozornost posvetiti tudi načrtovanju sodelovanja s starši. Poteka naj na najmanj treh ravneh: s starši vseh otrok na šoli; s starši otrok v oddelku, v katerega je vključen otrok s posebnimi potrebami ter s starši otroka s posebnimi potrebami.

V okviru šole naj bo poskrbljeno za izobraževanje in seznanjanje vseh staršev o otrocih s posebnimi potrebami ter o njihovih možnostih za vključevanje v šolo, ki ima lahko prednosti za otroka s posebnimi potrebami in za vse otroke.

Starše otrok v oddelku, v katerega bo vključen otrok s posebnimi potrebami, pogosto skrbi, da bo vključitev otroka s posebnimi potrebami negativno vplivala na delo in odnose v oddelku, da bodo zato njihovi otroci prikrajšani za pozornost učitelja, delo v takem oddelku pa morda manj učinkovito. Šola mora starše razbremeniti te skrbi, saj bodo sicer neustrezno vplivali na stališča svojih otrok in tako onemogočali sprejemanje otroka s posebnimi potrebami. Staršem predstavimo konkretnega otroka, ki bo vključen na šolo oz. oddelek.

Pomembno je, da starših pridobijo zaupanje in se razbremenijo strahu, ki ga predstavlja vključitev njihovega otroka v program osnovne šole. Za uspešno sodelovanje s starši je izjemnega pomena usklajeno timsko interdisciplinarno delovanje vseh strokovnih delavcev na šoli. Vključitev otroka v šolo bo učinkovitejša, če bo šola vzpostavila sodelovanje staršev pri ugotavljanju otrokovih močnih področij in težav, načrtovanju, izvajanju in evalvaciji individualiziranega programa. Šolska svetovalna delavka jih seznanim z njihovo vlogo pri sistematičnem spremljanju razvoja in učenja otroka. Starši lahko otroka spremljajo tudi v drugem, domačem okolju in zabeležijo morebitno drugačno vedenje. Informacije o otrokovem funkcioniranju doma, njegovih vedenjskih vzorcih, učnih navadah, spretnostih, interesih, motivaciji itd. bodo strokovnim delavcem v veliko pomoč pri prepoznavanju otrokovih močnih področij. Sodelovanje med starši in šolo pomeni tudi skupno odgovornost za doseganje ciljev, zato je pomembno razmejiti in določiti obseg dela vsakega vključenega v programu ter obremenitve otroka v šoli in doma, vlogo, pristojnosti in odgovornost staršev in strokovnih delavcev pri izvajanju programa.

6.3 Podpora učiteljev in šolske svetovalne službe

Učitelj preživi največ časa z otrokom s posebnimi potrebami in ima zato v učnem procesu najbolj odgovorno nalogo. Ta zahteva od njega predvsem poznavanje otroka s posebnimi potrebami ter pozitiven odnos do njegovih posebnih potreb. Poleg svojih strokovnih kompetentnosti, ki si jih je pridobil tekom študija.

Svetovalni delavci so običajno tisti, ki urejajo dokumentacijo glede vložitve zahteve za usmerjanje. Zbirajo strokovno dokumentacijo in so v nenehen suport dolgotrajno

bolnemu učencu, staršem in učiteljem. Po potrebi se udeležujejo in vzpostavljajo kontakte z bolniščno šolo in drugimi institucijami.

7 Zaključek

Šola mora otroku s posebnimi potrebami, skladno z odločbo, zagotoviti pogoje za doseganje optimalnega razvoja. Za uspešno interdisciplinarno in usklajeno timsko delo v vseh fazah procesa načrtovanja, izvajanja in evalvacije programa za otroka je potrebno, da se strokovni delavci stalno strokovno spopolnjujejo. Samo z medsebojno diskusijo in skupnim reševanjem problemov bodo strokovnjaki našli najbolj učinkovite oblike dela s posameznikom. Pri obravnavi dolgotrajno bolnih otrok gre včasih predvsem za borbo za življenje in pridobljeno šolsko znanje ter ocene niso na prvem mestu. Potreben je nenehni holistični, individualni pristop s stalnim prilagajanjem trenutnim psiho-fizičnim potrebam otroka.

LITERATURA

1. Bečan, T., Klinc, A., Čuk, M. Navodila za izobraževalne programe s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo za devetletno osnovno šolo, Navodila za delo z dolgotrajno bolnimi učenci.
2. Košir, S. idr. (2008). Navodila za prilagojeno izvajanje programa osnovne šole z dodatno strokovno pomočjo. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
3. Podjavoršek, N. (2003). Individualiziran program za dolgotrajno bolne dijake. Šolsko svetovalno delo, 8 (3–4), 57–58.
4. Pravilnik o dodatni strokovni in fizični pomoči za otroke s posebnimi potrebami (2013). Uradni list RS, št. 88/2013 (25. 10. 2013). Pridobljeno 12. 8. 2016, s <https://www.uradni-list.si/1/content?id=114834>.
5. Pravilnik o organizaciji in načinu dela komisij za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami (2013). Uradni list RS, št. 88/2013. Pridobljeno 12. 8. 2016, s <https://www.uradni-list.si/1/content?id=114834>.
6. Pravilnik o osnovnošolskem izobraževanju učencev s posebnimi potrebami na domu. (2016). Uradni list 2016). Pridobljeno 26. 9. 2016, s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV11110>.
7. Zakon o osnovni šoli. (2006). Uradni list RS, št. 81/06 (31. 7. 2006). Pridobljeno 14. 8. 2016, s <https://www.uradni-list.si/1/content?id=74775>.
8. Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami. (2011). Uradni list RS, št. 58/2011. Pridobljeno 12. 8. 2016, s <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=201158&stevilka=2714>.
9. Zobec, T. (2013). Spremljevalec gibalno oviranega otroka v vzgojno-izobraževalnem procesu. Vzgoja, 57, 43–44.

Vrednote pri študentih Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto

UDK 172+378:616-083

KLJUČNE BESEDE: vrednote, zdravje, družine, zdravstvena nega, študenti

POVZETEK - Pri študentih zdravstvene nege se pojavljajo specifične vrednote, ki vplivajo že na izbiro študija, še bolj pa se oblikujejo kasneje, med študijem. Z raziskavo želimo ugotoviti, katere so te vrednote, kako so se spreminjale v času študija in koliko je na razvoj njihovih vrednot vplivala družinska vzgoja. V raziskavo so bili vključeni dodiplomski študenti prve stopnje, diplomanti zdravstvene nege in študenti izrednega magistrskega študija vzgoja in menedžment v zdravstvu na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto. Uporabljena je bila kvantitativna metoda anketiranja z vprašalnikom. Ugotovljeno je bilo, da študentje najvišje vrednotijo zdravje, družino in ljubezen. Med vrednotami, ki so najpomembnejše za delo v zdravstvu, izpostavljajo odgovornost, zavedajo pa se tudi, da za svoje delo niso in ne bodo ustrezno denarno nagrajeni ter da ima lahko denar pomemben vpliv na doživljanje občutka sreče.

UDC 172+378:616-083

KEY WORDS: values, health, family, nursing care, students

ABSTRACT - Specific values, typical for the students of nursing care, are already apparent when deciding for a certain study, however, they develop even further during the process of studying. The aim of the research is to establish the extension of these values, their transformation in the course of studying, as well as their proneness to family upbringing among the students. The respondents in this research were students of the 1st Bologna cycle study programme Nursing Care, graduate students, and part-time Master's degree students of the Education and Management in Health Care study programme, at the Faculty of Health Sciences Novo mesto. Using the quantitative method of a questionnaire survey, it has been established that the students rank the values such as health, family and love as the highest. Among the values important for working in the healthcare service, they point out responsibility, being aware that they will never be financially rewarded for their work, as well as that the financial aspect can have a considerable impact on human happiness.

1 Teoretična izhodišča

Vrednote so pomemben del sodobne profesionalne identitete. Gre za osredotočenost na pacienta z usmeritvijo na skupnost in za podporo celotnemu zdravstvenemu varstvu. Vrednote odsevajo skupno zavezanost za ustvarjanje bolj varnega, bolj uspešnega in učinkovitega zdravstvenega sistema. V zdravstvu se cenijo vrednote, kot so odličnost, skrb, altruizem, etika, spoštovanje, komunikacija in odgovornost. Izhajajo iz predpostavke, da je zdravje pravica. Ljudje imajo pravico dostopa do virov zdravja in zdravstvenega varstva. Skupne vrednote morajo biti osnova za vse vrste odnosov tako med zaposlenimi v zdravstvu kot do pacientov. Medsebojno spoštovanje in zupanje so osnova za učinkovite odnose v celotnem zdravstvu. Le z ustrezno komunikacijo in koordinacijo, osnovano na medsebojnem spoštovanju, je mogoče uspešno in dobro delati. Vsi zaposleni v zdravstvu, tako medicinske sestre kot zdravniki in ostali, imajo določene skupne vrednote. Te vrednote so pošteno in odkrito delo s pacienti, zadovoljevanje potreb pacientov, ohranjanje specifičnih kompetenc svojega poklica,

spoštovanje dostojanstva in zasebnosti pacientov, sprejemanje individualnih in kulturnih razlik pri pacientih, spoštovanje etičnih standardov itd. Pomembno je tudi sodelovanje z vsemi, ki nudijo in prejemajo skrb, razvoj zaupanja v odnosu do pacientov in zaposlenih, reševanje etičnih dilem in spoštovanje odgovornosti. (Pahor, 2014, str. 31)

Spremembe vrednot slovenske postmoderne družbe vplivajo tako na vrednote v zdravstveni negi kot tudi na vrednote medicinske sestre kot strokovnjakinje. Razkorak med želenim in možnim zaposlenim povzroča nemalo težav. Težave so lahko strokovne, profesionalne, organizacijske, osebne in tudi finančne. Zdravstvena nega kot družbeni podsistem želi odražati dogajanje v realnosti, zato mora upoštevati, da se vrednote nenehno transformirajo. Medicinska sestra v svojem profesionalnem življenju vstopa v različne socialne interakcije in se srečuje z vrednostnimi sistemi okolja. Če obstajajo razlike med njenim notranjim in zunanjim vrednostnim sistemom, lahko sproži to v njej velike napetosti. To lahko pripelje do treh procesov: prilagajanja, prevzemanja vrednot okolja ali zavračanje vrednot okolja. Če so te razlike prevelike in se jim ne more prilagoditi, lahko doživlja stanje notranje prisile. Doživlja razliko med njenimi vrednotami in vrednotami drugih. Pri poklicu medicinske sestre imajo vrednote močan motivacijski naboj. Najpomembnejša vrednota v zdravstveni negi je zadovoljevanje potreb drugega. Sem spadajo skrb za drugega, pridnost, ubogljivost, storilnost itd. Pričakujejo se izjemni dosežki ter žrtvovanje in perfekcionizem, in te zahteve je medicinska sestra ponotranjila. Je motivirana in prizadeva si, da bi z izrednimi dosežki zadovoljila pričakovanja drugih. Zaznavamo pa tudi, da si že postavlja tudi lastne cilje in jim sledi. Medicinska sestra si zgradi lastni vrednostni sistem, ki je močan izvor njene motivacije za delo. Notranje napetosti v njej pa se lahko pojavijo, kadar so razlike med zunanjim in njenim notranjim vrednostnim sistemom prevelike. Za zdravstveno nego je značilno, da zaposleni ne delajo le za denar, temveč tudi zaradi svojih vrednot in etične pripadnosti svojemu delu. Poleg pravičnega plačila za svoje delo si zaposleni želi priznanja od ostalih zaposlenih, še zlasti od nadrejenega. Temeljne vrednote v zdravstveni negi so zaupanje, odkritost in spoštovanje. (Goriup, 2013, str. 4–7)

2 Metoda

Metoda dela, ki smo jo uporabili, temelji na analizi strokovne literature različnih avtorjev s področja vrednot pri Slovencih in še posebej vrednot pri študentih in zaposlenih v zdravstvu. Analizirali smo tako starejše kot novejše vire s področja sociologije, psihologije, etike in drugih področij.

V raziskavi smo uporabili kvantitativno tehniko zbiranja podatkov. Podatke smo zbirali z anketnim vprašalnikom zaprtega tipa.

2.1 Opis instrumenta

Za merski instrument smo uporabili anketni vprašalnik zaprtega tipa. Vprašalnik je nastal na podlagi podrobne študija literature. Odgovore smo pridobili preko sple-

tne strani www.1ka.si. Spletni anketni vprašalnik smo poslali na elektronske naslove vprašancev. Zagotovljena je bila anonimnost. Spletni anketni vprašalnik je bil aktiven od 23. 11. 2015 do 26. 11. 2015. Anketni vprašalnik je sestavljen iz trinajstih vprašanj.

2.2 Opis vzorca

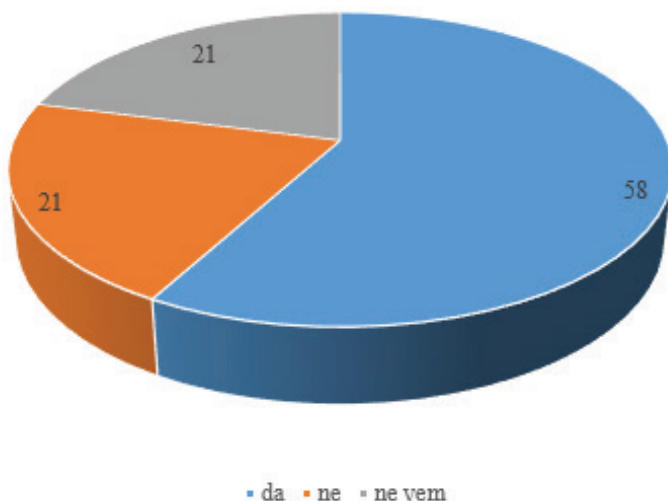
Raziskava je bila izvedena med študenti Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto. Anketirali smo študente prve stopnje smer zdravstvena nega, diplomante zdravstvene nege ter študente izrednega magistrskega študija Vzgoja in menedžment v zdravstvu na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto. Anketni vprašalnik je bil poslan 54 študentom, ustrezno izpolnjenih vprašalnikov je bilo 34.

2.3 Opis obdelave podatkov

Odgovori so se samodejno zbirali na spletni strani 1ka. Po končanem zbiranju smo podatke analizirali s pomočjo grafov.

3 Rezultati

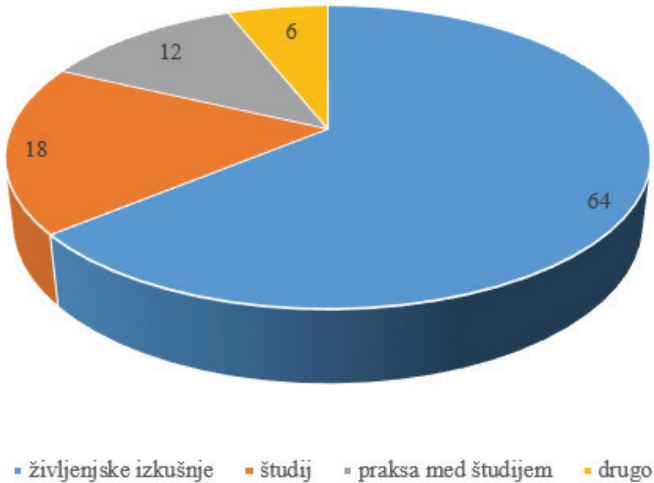
Graf 1: Ali so se vaše vrednote med študijem na Fakulteti za zdravstvene vede spremenile?



Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

58 % anketiranih meni, da so se njihove vrednote med študijem na Fakulteti za zdravstvene vede spremenile, 21 % jih meni, da se njihove vrednote med študijem niso spremenile, prav tako 21 % pa jih o tem ni prepričanih.

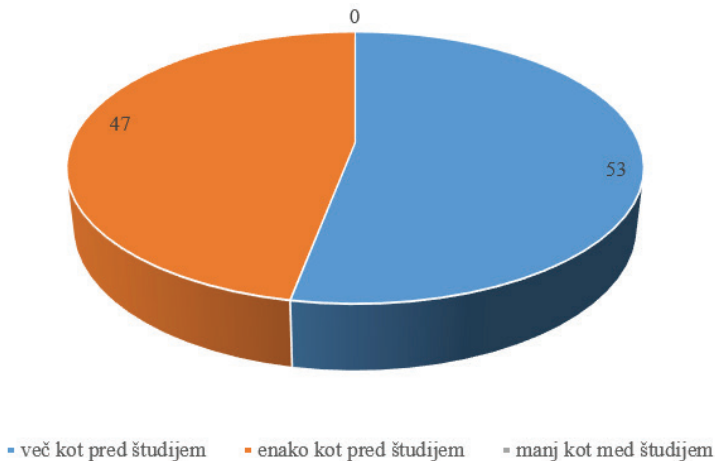
Graf 2: Kaj je najbolj vplivalo na spremembo vaših vrednot?



Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

64 % anketiranih meni, da so na spremembo njihovih vrednot najbolj vplivale življenjske izkušnje. Da je na spremembo vrednot najbolj vplival študij, meni 18% anketiranih, da je najbolj vplivala praksa med študijem, pa 12 %. 6 % anketiranih se ni odločilo za nobeno od teh možnosti, menijo da so na spremembo vrednot bolj vplivali drugi dejavniki.

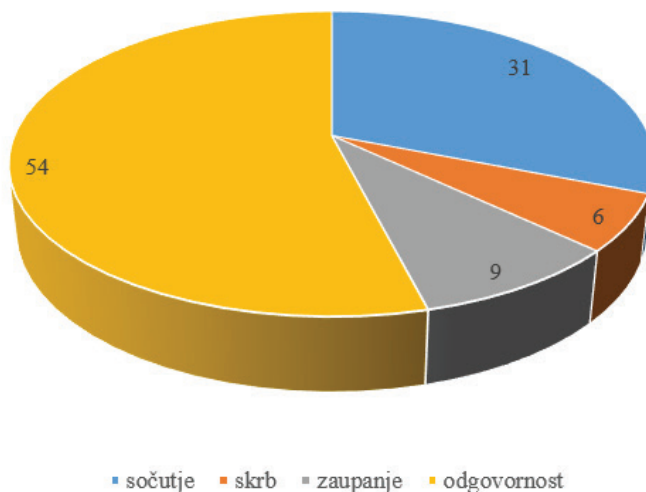
Graf 3: Koliko vam pomeni zdravje?



Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Zdravje 53 % anketiranim pomeni več kot pred študijem, 47 % anketiranim pa pomeni enako kot pred študijem. Nikomur pa zdravje sedaj ne pomeni manj kot pred študijem.

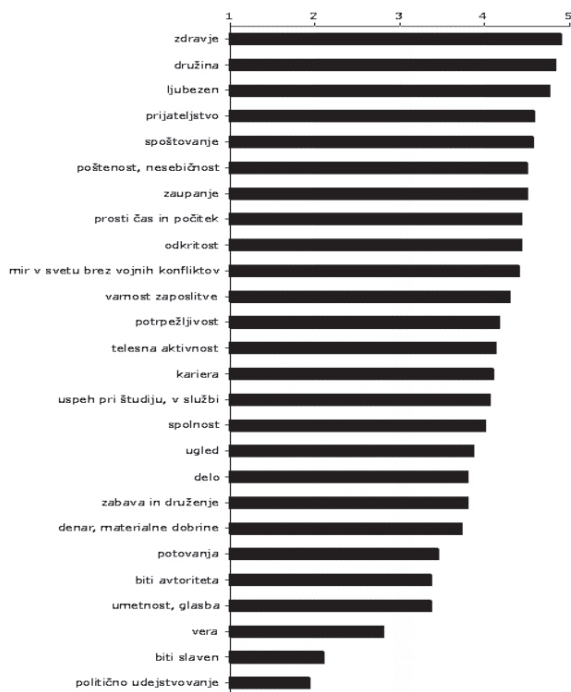
Graf 4: Katera vrednota je najpomembnejša za zaposlene v zdravstvu



Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

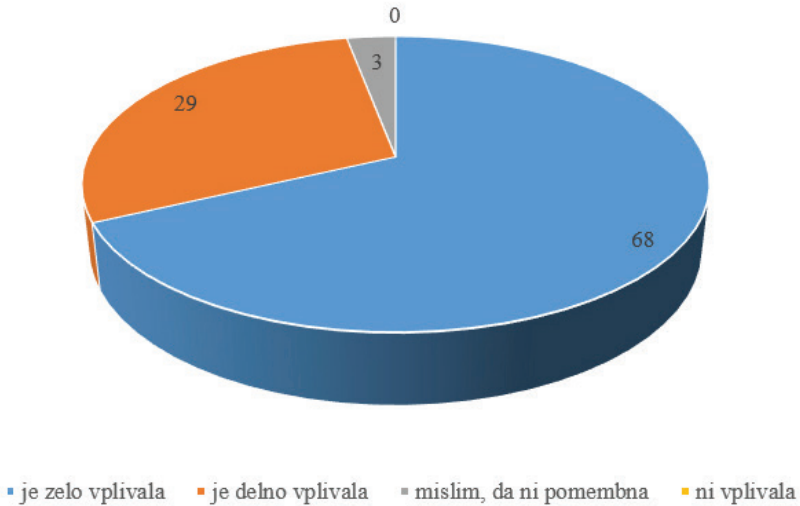
31 % anketiranih je mnenja, da je najpomembnejša vrednota v zdravstvu sočutje, 6 % jih meni da je to skrb, 9 % se jih je odločilo za zaupanje in 54 % za odgovornost.

Graf 5: Koliko so za vas pomembne naslednje vrednote?



Vir: Anketni vprašalnik, 2015

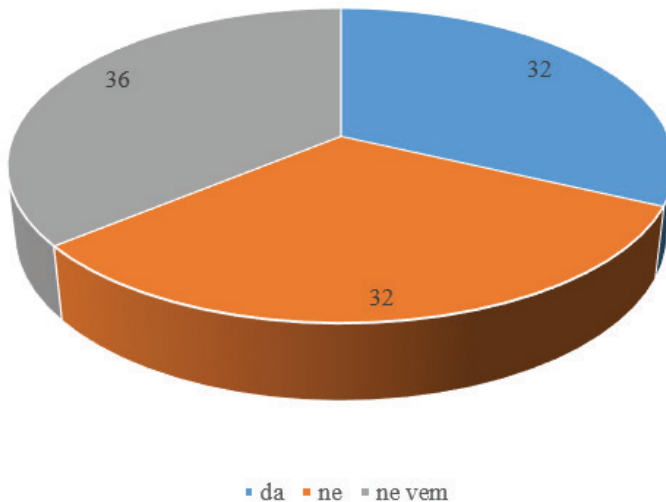
Graf 6: Koliko je na oblikovanje vaših vrednot vplivala vzgoja v otroštvu?



Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

68 % anketiranih meni, da je vzgoja v otroštvu zelo vplivala na njihove vrednote, 29 % anketiranih meni, da je delno vplivala. 3 % pa menijo da vzgoja v otroštvu nima takega pomena za oblikovanje njihovih vrednot.

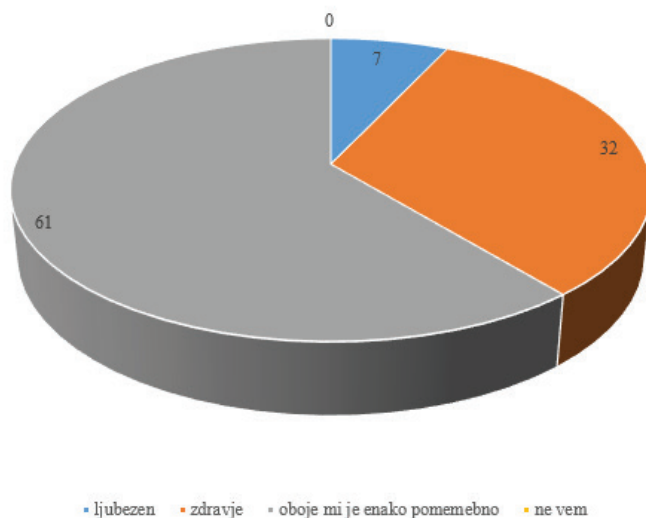
Graf 7: Ali bi bili bolj srečni, če bi imeli več denarja?



Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

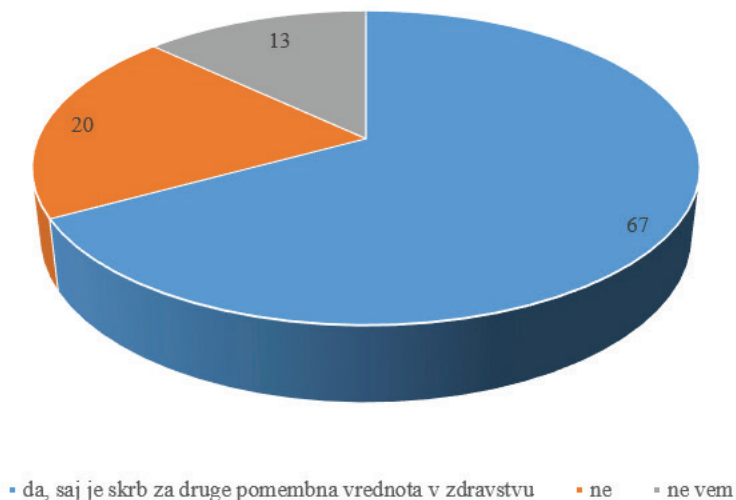
32 % anketiranih je mnenja, da bi bili bolj srečni če bi imeli več denarja, prav tako 32 % jih meni, da ne bi bili bolj srečni. 36 % anketiranih pa o tem ni prepričanih.

Graf 8: Kaj se vam zdi pomembnejše?



Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Graf 9: Ali menite, da so na izbiro vaše študijske smeri vplivale vaše vrednote, med katerimi je tudi skrb za druge?



Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

67 % anketiranih je mnenja, da so na izbiro njihove študijske smeri (zdravstvena nega) vplivale vrednote, med katerimi je skrb za druge. 20 % jih meni, da vrednote na izbiro študijske smeri niso vplivale. 13 % anketiranih pa o tem ni prepričanih.

4 Razprava

Prva štiri vprašanja ankete se nanašajo na demografske podatke anketiranih. Večina anketiranih je bilo žensk, starih od 21 do 30 let, študentov magistrskega študija Vzgoja in menedžment v zdravstvu in zaposlenih za nedoločen čas. Zanimalo nas je, ali so se vrednote anketiranih med študijem spremenile. Večina se je odločila, da so se spremenile. Odgovor je pričakovan, saj se vrednote skozi čas spreminjajo, na to vplivajo družbene razmere in izkušnje, skozi katere se posamezniki učimo. Na vprašanje kaj je najbolj vplivalo na spremembo vrednot, so anketirani večinoma odgovorili, da so to življenjske izkušnje. Tudi literatura navaja, da so ravno izkušnje, tako pozitivne, še bolj pa negativne tiste, ki nas najbolj spreminjajo. Iz njih se tudi učimo, in to učenje poteka vse življenje, od rojstva do smrti. Tudi ljudje, s katerimi se družimo, lahko vplivajo na naše vrednote. Pogosto se najbolj ujamemo prav z ljudmi, ki cenijo podobne vrednote, kot jih imamo mi sami. Vrednote, ki so nam pomembne v otroštvu, se skozi naše življenje zelo spreminjajo in niso tako trajne, kot so stališča. Nekaj anketiranih se je odločilo, da je na njihovo spremembo vrednot vplival študij na Fakultetu na zdravstvene vede Novo mesto. Tudi študij je namreč tisti, ki pomembno vpliva na vrednote, nekaterim študij pomeni veliko vrednoto in vanj vložijo veliko truda, časa. Prav tako so se nekateri anketirani odločili, da je na njih vplivala praksa med študijem. Takrat so se študentje namreč srečali s hudo bolnimi ali celo umirajočimi in ob tem spoznali, koliko pomeni zdravje, življenje, zaupanje. Lahko so se tudi prepričali o tem, koliko pacientom pomeni njihova skrb zanje, ob tem so se študentje na praksi počutili pomembne, uporabne. Zdravje anketirancem pomeni več kot pred študijem. V zdravstvu zdravje že zaradi narave svojega dela zelo cenijo, saj se s tem srečujejo vsak dan. Velikokrat ljudje, ki so zboleli, šele po bolezni postavijo zdravje na prvo mesto na lestvici vrednot in začnejo šele takrat skrbeti za svoje zdravje. Anketirane smo spraševali tudi, katera vrednota se jim zdi v zdravstvu najpomembnejša. Izbirali so med štirimi vrednotami, in sicer sočutje, skrb, zaupanje in odgovornost. Večina anketiranih se je odločila, da je najpomembnejša odgovornost. Pričakovali smo, da se bo večina odločila za skrb, saj je ravno ta vrednota osnova zdravstvene nege kot profesije. Vendar se je za skrb odločilo samo nekaj anketiranih, veliko pa se jih je odločilo tudi za sočutje. Sočutje nas lahko tudi ovira, če se preveč poistovetimo s pacientom, saj ob tem trpimo tudi sami. Res pa je, da odgovornost v zdravstvu veliko pomeni, če nismo dovolj odgovorni, lahko hitro kaj pozabimo, naredimo narobe ali nismo dovolj natančni. V zdravstvu imajo napake velikokrat hude posledice. Zelo je pomembno, da spoštujemo paciente, jim posvetimo veliko pozornosti, vendar pa je še vedno odgovornost na prvem mestu.

Na lestvici pomembnosti so anketirani izbirali med 26 vrednotami. Anketiranim so najbolj pomembne vrednote zdravje, družina in ljubezen, pri čemer ima zdravje še vedno prvo mesto. Slovenci smo znani po tem, da nam družina in družinsko življenje veliko pomeni in da so odnosi z bližnjimi naša velika vrednota. Tudi resnično prijateljstvo je za anketirane velika vrednota. Pomembni so jim spoštovanje, poštenost, zaupanje, odkritost, to so med drugim tudi lastnosti, ki se pričakujejo od medicinskih

sester. Anketiranim več pomeni prosti čas in počitek kot pa delo in kariera. Tudi delo pa jim pomeni veliko, preko dela ljudje uresničujejo svoje ambicije, se samouresničujejo, napredujejo. Zato jim tudi delo in kariera veliko pomeni. Cenijo uspeh pri študiju ali v službi, saj jim to prinaša zadovoljstvo in povečuje lastno vrednost, izboljšuje samopodobo. V današnjem času je velika vrednota varnost zaposlitve, anketiranim se tudi ta vrednota zdi pomembna. Mir v svetu brez vojnih konfliktov je vrednota, ki jo čedalje bolj cenimo, sploh ker se zavedamo kako hude posledice ima lahko nasilje in vojne. Potrpežljivost je za anketirane prav tako pomembna, vsaka medicinska sestra naj bi bila potrpežljiva, čeprav je to včasih težko doseči. Njeno delo je namreč pogosto zelo stresno, naporno, preveč obremenjujoče in zahtevno. Ljudje imamo na splošno radi ljudi, ki so potrpežljivi. Telesna aktivnost ter spolnost sta za anketirane prav tako pomembna, vendar manj kot na primer zdravje in ljubezen. Obstajajo pa posamezniki, ki jim prav šport predstavlja veliko vrednoto. Večini ljubezen pomeni več kot spolnost. V naslednjem vprašanju izbirnega tipa smo spraševali, ali je na vrednote anketiranih vplivala vzgoja v otroštvu. Večina anketiranih meni, da je vzgoja na njihove vrednote zelo vplivala. Na vprašanje, ali bi bili bolj srečni, če bi imeli več denarja, je le tretjina anketiranih odgovorila z da. V zdravstveni negi se bolj kot denar cenijo druge vrednote. Na vprašanje, ali je anketiranim pomembnejša ljubezen ali zdravje je večina odgovorila, da jim je pomembno oboje. Če nisi zdrav oz. če si hudo bolan, ti ljubezen ne pomeni tako veliko kot zdravje. Res pa je, da je med tema dvema vrednotama težko izbrati najpomembnejšo. Na izbiro študijske smeri so pri večini anketiranih vplivale vrednote. Za poklic medicinske sestre so se odločili, ker radi skrbijo za druge, jim nudijo pomoč, saj to hkrati osrečuje tudi njih.

LITERATURA

1. Goriup, J. (2013). Zdravstvena nega v primežu vrednot slovenske postmoderne družbe. *Revija za zdravstvene vede JHS*, 1 (1), 3–22.
2. Musek, J. (2015). Osebnost, vrednote in psihično blagostanje. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
3. Pahor, M. (2014). Vrednote in etika medpoklicnega sodelovanja. V M. Pahor (ur.), *Zavezniki za zdravje: medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih* (str. 31–32). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
4. Pahor, M. (2006). *Medicinske sestre in univerza*. Ljubljana: Izolit.

Priporočena prehrana mladostnikov

UDK 613.2-053.6

KLJUČNE BESEDE: prehrana, mladostniki, vzorci obnašanja, življenjski slog

POVZETEK - Zdrav življenjski slog v otroštvu in mladostništvu je osnova zdravega načina življenja kasneje, ker preprečuje nastanek debelosti in kroničnih bolezni, kot so srčno-žilna obolenja, diabetes tipa 2, nekatere vrste raka in osteoporoza. Zahteve po energiji in hranilnih snoveh so v mladosti še večje. Na prehrano mladostnikov vpliva veliko različnih faktorjev. Namen prispevka je predstaviti pravilno izbiro zdrave hrane zanje. Uporabljena je deskriptivna metoda dela s pregledom domače in tuje literature. V mladosti se dogajajo velike telesne spremembe in hitra rast, kar zahteva uravnoteženo, energijsko bogato hrano z zadostno količino hranil. Vse večje je število mladostnikov, ki so pretežki ali debeli. Vzrok je po mnenju strokovnjakov v manjši telesni aktivnosti, sedečem načinu življenja ter povečanem vnosu energijsko bogate hrane, revne s hranili, v vedno večjih porcijah. Prehrana v obdobju odraščanja je ključna, tako z vidika normalne rasti in razvoja kot z vidika preprečevanja nastanka bolezni kasneje v življenju. V tem obdobju so velike potrebe po energiji in hranilih. Mladostniki radi posegajo po nezdravih živilih, ki so energijsko bogata, vsebujejo pa malo ali nič esencialnih hranil.

UDC 613.2-053.6

KEY WORDS: adolescent diet, behavioural patterns, lifestyle

ABSTRACT - A healthy lifestyle during childhood and adolescence is the foundation for a healthy lifestyle in later years, as it prevents obesity and chronic diseases such as vascular illnesses, type 2 diabetes, some types of cancer and osteoporosis. The need for energy and nutrients is especially high in adolescence. The diet of an adolescent is affected by many different factors. The objective of the paper is to describe the correct process of choosing a healthy diet or adolescents. The research is based on the descriptive method with an overview of the domestic and foreign scientific literature. The rapid growth and significant physical changes which take place during adolescence require a balanced diet as well as highly nourishing and energy boosting foods. The number of overweight or obese adolescents is increasing and according to experts, the reasons behind it are low physical activity, sedentary lifestyle and an increased intake of high-calorie foods with little nutritional value. In adolescence, a healthy diet is crucial for normal growth and development as well as the prevention of diseases. During this period, the body needs a lot of energy and nutrients. Adolescents tend to reach for the unhealthy foods that are high in calories but contain very few essential nutrients.

1 Uvod

Mladostništvo je čas med 11. in 21. letom starosti, v katerem otrok odraste v odraslo osebo (Brown idr., 2011). Je čas velikih telesnih, duševnih in čustvenih sprememb, razvija se osebna identiteta in osebni sistem vrednot. Zdrav življenjski slog v otroštvu in mladostništvu je osnova zdravega načina življenja kasneje, ker preprečuje nastanek debelosti in kroničnih bolezni, kot so srčno žilna obolenja, diabetes tipa 2, nekatere vrste raka in osteoporoze (Weichselbaum in Buttriss, 2014). Zahteve po energiji in hranilnih snoveh so v času mladostništva še posebej velike zaradi hitre rasti, vzdrževanja tkiv in potreb zaradi telesne aktivnosti. Mladostnik v tem času pridobi približno polovico normalne teže odraslega, ter od 45 do 50 % celotne kostne mase (Mesias idr., 2011). Vzorci prehranjevanja so pri mladostnikih pogosto nezdravi in vključujejo izpuščanje obrokov, uporabo nezdravih načinov hujšanja, ter pogosto uživanje

živil bogatih s sladkorjem in maščobo, kot je hitra hrana, ter sladki in slani prigrizki (Brown idr., 2011). Na prehrano mladostnika vpliva veliko različnih faktorjev, kot je družina, vrstniki in prijatelji, šola, mediji in drugo. Prehrana slovenskih mladostnikov občutno odstopa od priporočene prehrane (Kobe idr., 2011). Slovenski mladostniki zaužijejo premalo energije, vendar so tudi premalo telesno aktivni, popijejo preveč sladkih pijač, pojedjo premalo sadja in zelenjave, premalo žit, še posebej polnozrnatih in premalo mlečnih izdelkov. Uživanje enostavnih sladkorjev, nasičenih maščob in soli občutno presega priporočene vrednosti, uživanje nenasičenih maščob, vode in vlaknin pa je pod priporočenim vnosom. V prehrani je premalo folatov, fluora, kalcija in vitamina D (Fidler Mis idr., 2012).

2 Namen

Namen raziskave je opisati prehranske potrebe mladostnikov in predstaviti pravilno izbiro hrane, hranilna in energijska priporočila, vplive na izbiro hrane, ter načine prehranjevanja in najpogostejše napake v prehrani mladostnikov.

3 Metode dela

Uporabljena je deskriptivna metoda dela, s pregledom domače in tuje literature. Iskanje literature je potekalo s pomočjo sistema COBISS in elektronskih baz: Medline (preko baze EBSCOhost), Cinahl in ScienceDirect. V delo so vključene domače in tuje raziskave, ki so raziskovale izbrano tematiko. Vključitveni kriterij za literaturo so bili dostopnost besedila v celoti, slovenski in angleški jezik, starost literature ter vsebinska ustreznost virov. Iskanje člankov je bilo omejeno na iskanje od leta 2004 do leta 2016 in je potekalo od aprila do julija 2016. Pri iskanju literature so bile uporabljene ključne besede: mladostniki, prehrana, hranila, živila, debelost, adolescents, nutrition, nutrients intake, health.

4 Hranilna in energijska priporočila

Hranila telo potrebuje za osnovne funkcije: preskrbo z energijo, rast in obnovo celic, ter potek vseh presnovnih procesov (Wardlaw idr., 2015). Pomanjkanje hranil vodi v slabše delovanje telesa in nastanek bolezni, prav tako so za telo škodljive prevelike količine hranil.

4.1 Energija

Energijo se vnaša v telo v obliki makrohranil. Optimalna količina energije omogoča ohranjanje zdravja (Patterson idr., 2010), rast in primerno telesno aktivnost. Energijske potrebe (=total energy expenditure, TEE) so odvisne od bazalnega metabolizma,

termogeneze po vnosu hrane in mišičnega dela (D A CH, 2004). Energijska gostota hrane je količina energije, ki jo vsebuje hrana glede na težo. Odvisna je predvsem od vsebnosti vode in maščob (Paterson idr., 2010). V raziskavi je dokazano, da so pri osebah, ki uživajo hrano z nižjo vsebnostjo energije, pogosteje prisotne skupine živil kot zelenjava, sadje, testenine, riž in žita, manj pogosto pa sladkarije in sladke pijače. Te vrste prehrana je bogatejša z esencialnimi hranili, in bolj ustreza priporočilom o zdravem prehranjevanju. Povprečen vnos energije pri evropskih mladostnikih (Diethelm idr., 2013) je 11046 kJ ali 2640 kcal na dan za fante in 8619 kJ ali 2016 kcal na dan za dekleta. Slovenski mladostniki ne dosegajo priporočil za vnos energije, vendar tudi ne dosegajo priporočene fizične aktivnosti (Kobe idr., 2011).

4.2 Beljakovine v prehrani

Za mladostnike je količina priporočenih B 0,9 g na 1 kg normalne telesne teže ali 60 g na dan, za mladostnice pa je priporočilo enako kot za odrasle, to je 0,8 g na 1 kg normalne telesne teže, ali 46 g na dan (D A CH, 2004). Vnos B pri mladostnikih naj predstavlja od 10 % do 15 % dnevnega energijskega vnosa, vendar ne več kot 20 % (Gabrielčič Blenkuš idr., 2005). V raziskavi med mladostniki v 10 evropskih mestih (Diethelm idr., 2013), je bilo ugotovljeno, da je vnos B zelo visok, med mladostnicami 170 % priporočene količine, med mladostniki pa celo 200 %. V isti raziskavi je zabeležena pozitivna povezava med povečanim vnosom B in mineralizacijo kosti ter kostno gostoto. Beljakovinska živila so rastlinskega in živalskega izvora. Beljakovinska živila rastlinskega izvora so energijsko revnejša, vsebujejo manj soli, zelo malo nasičenih maščob in holesterola. Vsebujejo veliko dietnih vlaknin, vitaminov in mineralov, zato je priporočljivo 50 % dnevnih beljakovinskih potreb pokriti z živilo rastlinskega izvora (Wardlaw idr., 2015). Meso je vir B visoke biološke vrednosti, mineralov kot so: baker, železo, jod, mangan, selen in cink, vitaminov iz skupine B in drugih elementov (De Smet, Vossen, 2016). Večje uživanje živalskih B je povezano z debelostjo (Lin idr., 2015), medtem ko večje uživanje rastlinskih B pozitivno vpliva na vzdrževanje normalne telesne teže. V raziskavi med slovenskimi mladostniki (Kobe idr., 2011) je bilo ugotovljeno, da predvsem fantje, pojedjo preveč mesa in mesnih izdelkov, fantje in dekleta pa preveč izdelkov iz rib. Mleko in mlečni izdelki so vir vseh pomembnejših mineralov v človeški prehrani, v največji količini kalcija in fosforja (Vahčić idr., 2010). Slovenski fantje in dekleta pojedjo nekoliko preveč mleka (Kobe idr., 2011), 43 % fantov in 45 % deklet pa ne dosega priporočenih vnosov mlečnih izdelkov. Fantje pojedjo samo eno tretjino mleka in mlečnih izdelkov z nizko vsebnostjo maščob, medtem ko dekleta pojedjo eno tretjino mleka in polovico jogurtov v manj mastni različici, priporočena je uporaba manj mastnih mlečnih izdelkov.

4.3 Ogljikovi hidrati v prehrani

Ogljikovi hidrati (OH) so poglavitni vir energije za vse telesne celice (Wardlaw idr., 2015). V referenčnih vrednostih za vnos hranil je priporočeno več kot 50 % dnevnih potreb po energiji kriti iz OH (D A CH, 2005). Shrapnel (2013) poudarja pomen kvalitete OH živil, če so le ta živila z veliko vsebnostjo vlaknin in drugih hranil, lahko

delujejo varovalno, če pa prevladujejo enostavni sladkorji predstavljajo dodatno tveganje za nastanek kroničnih obolenj.

DiNicolantonio in sodelavci (2016) izpostavljajo nevaren učinek fruktoze, ki za razliko od glukoze zelo poviša nivo inzulina, zmanjša občutljivost na inzulin, zviša nivo glukoze na tešče ter deluje na LDL holesterol, ki povzroča nastanek arterioskleroze. Pri mladostnikih so vir enostavnih sladkorjev (Fidler Mis, 2013) sladke pijače kot so: sladke gazirane pijače, sadni nektarji, ledeni čaji, energijske pijače, vode z okusom in podobno. V raziskavi med slovenskimi mladostniki je bilo ugotovljeno (Kobe in sod., 2011), da slovenski mladostniki popijejo veliko sladkih pijač: fantje v povprečju 683 ml/dan, kar je 44 % popite tekočine, dekleta pa 715 ml/dan, kar pomeni 41 %. Sladke pijače tako pokrijejo 10 % celotnih dnevnih energijskih potreb mladostnikov. Slovenski mladostniki pojedjo preveč enostavnih sladkorjev, fantje 16 %, dekleta pa 17 % dnevnih energijskih potreb (Fidler Mis idr., 2012). Malik in sodelavci (2013) so dokazali, da obstaja povezava med zaužito količino sladkih pijač in večjim tveganjem za nastanek debelosti, metabolnega sindroma in diabetesa tipa 2. DiNicolantonio in sodelavci (2016) opozarjajo, da uživanje prehrane bogate z enostavnimi sladkorji lahko v samo nekaj tednih privede do povečanja nevarnosti nastanka srčno žilnih obolenj, zaradi različnih neželenih učinkov, kot so spremenjena glukozna toleranca, rezistenca na inzulin, povišan nivo urične kisline v krvi in spremenjenega delovanja trombocitov. Lahko je tudi vzrok nastanka nealkoholne maščobne bolezni jeter. Dodajanje fruktoze v industrijsko predelano hrano vodi v prehransko povzročeno leptinsko rezistenco, ki zmanjša občutek sitosti po obroku in je pomemben pri vzdrževanju normalne telesne teže. Po priporočilih naj bi iz enostavnih sladkorjev krili največ od 5 % do 10 % dnevnih energijskih potreb (Hlastan-Ribič, 2009). Sestavljeni OH ali polisaharidi so: škrob, glikogen in prehranske vlaknine. Škrob je najpomembnejši polisaharid v prehrani. Najdemo ga v žitih, stročnicah in drugi zelenjavi, v manjši količini tudi v sadju. Prehranske vlaknine so sestavine rastlinske hrane, ki jih encimi človeškega prebavnega trakta ne razgradijo (D A CH, 2004). Uživanje hrane revne s prehranskimi vlakninami je povezano z nastankom kroničnih bolezni kot so: debelost, diabetes, ateroskleroza in kronične srčne bolezni, povišan holesterol, zaprtje in divertikuloza, rak debelega črevesa in druge (Moler in Klein, 2010). Priporočen vnos vlaknin je 30 g na dan (D A CH, 2004). V rafiniranih žitnih izdelkih so zunanji sloji luska in kalček odstranjeni, uporabljeno je samo jedro. Poutanen (2012) navaja, da je prav v luski in kalčku največ za zdravje koristnih sestavin, to so: vlaknine (polisaharidi in lignin), minerali, vitamini, nenasičene maščobne kisline, karotenoidi in druge za zdravje koristne fitokemikalije (fitoestrogeni, antioksidanti). Zaradi dokazanega ugodnega učinka na zdravje se priporoča, da je najmanj polovica dnevno zaužitih žitnih izdelkov polnozrnatih. Slovenski mladostniki pojedjo premalo vseh žitnih izdelkov, samo ena tretjina riža in testenin je polnozrnatih, medtem ko je kruh večinoma bel (Kobe in sod., 2011). V strokovnem spremljanju šolske prehrane s svetovanjem, ki ga je v šolskem letu 2012/2013 izvedel Nacionalni inštitut za javno zdravje in je obsegal 105 vzgojno-izobraževalnih zavodov so ugotovili, da so bili polnozrnatih izdelki, ki naj bi bili vključeni v polovici vseh obrokov, vključeni pri dopoldanski malici 42,8 %, pri kosilu le 18,6 %, pri popoldanski malici pa 25 % (Gregorič idr., 2014).

4.4 Maščobe v prehrani

Maščobe (M) v prehrani so pomemben vir energije, 1g maščob vsebuje 9 kcal energije, pomembne so tudi kot nosilke v M topnih vitaminov A, D, E in K, vplivajo na okus in aromo hrane, zato so mastne jedi priljubljene (D A CH, 2004). Priporočeno je, ne več kot 30 % dnevnih energijskih potreb pokriti z M od tega naj bi manj kot 10 % pokrili z nasičenimi maščobnimi kislinami (MK), ostalo pa z mono in poli nenasičenimi MK rastlinskega izvora. Različne vrste MK imajo različno vlogo v telesu, vse so pomembne za zdravje, esencialni sta dve: omega 3 (alfa linolenska) in omega 6 (linolenska), ki spadata med poli nenasičene MK. Človeško telo ju ne more proizvesti iz drugih MK in ju je potrebno vsak dan vnašati s hrano. Priporočeno je 5 % dnevnih potreb po energiji pokriti z esencialnimi MK, kar je 2 do 4 žlice rastlinskih olj dnevno, ali pest oreščkov na dan in dva obroka mastnih rib tedensko. Maščobna živila s pretežno nasičenimi MK naj bi pokrivala največ 10 % celodnevni potreb po energiji (D A CH, 2004). Ta živila poleg nasičenih MK, pogosto vsebujejo tudi veliko holesterola, večinoma so živalskega izvora, kot so meso in mesni izdelki, mleko, sir, smetana, maslo. Slovenski mladostniki pojedjo preveč nasičenih maščob in sicer 13 % dnevnih energijskih potreb (Fidler Mis idr., 2012). Posebna oblika M so trans MK, večina jih nastane v industriji med hidrogenizacijo rastlinskih olj, kar jih naredi bolj obstojne in praktične za uporabo. De Souza in sodelavci (2015) so ugotovili povečano število srčno žilnih obolenj pri osebah, ki so uživale industrijske trans maščobe, kar pa se ni pokazalo pri uživanju naravnih trans maščob, ki nastajajo v prebavilih goveda. Mente in sodelavci (2009) so v raziskavi dokazali močno povezavo med uživanjem trans MK in nastankom srčno žilnih obolenj, medtem ko je bila povezava med uživanjem nasičenih, poli nenasičenih in celokupnih MK, ter nastankom teh bolezni šibka. V zadnjem času se v različnih raziskavah postavlja pod vprašaj eno od osnovnih navodil za zdravo prehrano, ki svetuje uživanje čim manj vseh maščob. Pragman in sodelavci (2016) v raziskavi ugotavljajo, da je povezava med uživanjem nasičenih MK in srčno žilnimi obolenji šibka in da je več faktorjev, ki vplivajo na nastanek srčno žilnih obolenj. V raziskavi, ki so jo opravili de Souza in sodelavci (2015) je prikazano, da se celokupni in LDL holesterol zvišata, če nasičene MK nadomestijo enostavni OH v prehrani Ugotovljeno je, da zamenjava nasičenih MK v hrani z nenasičenimi pomaga obvladovati nivo glukoze in maščob pri osebah z diabetesom tipa 2. V raziskavi DiNicolantonio in sodelavci (2016) je bilo ugotovljeno, da če se nasičene MK v prehrani nadomesti z enostavnimi sladkorji, se pojavi nezaželen učinek na krvne maščobe: celokupni holesterol in trigliceridi se povečajo, HDL holesterol se zniža. V raziskavi med slovenskimi mladostniki (Kobe idr., 2011) je ugotovljeno, da samo 4 % fantov in 6 % deklet uživa priporočene količine maščob in samo polovica od zaužitih so rastlinska olja. Večina slovenskih mladostnikov uživa preveč nasičenih MK in premalo mono in poli nenasičenih, v raziskavi (Fidler Mis idr., 2012) so ugotovili, da je samo 5 % pri fantih in 6 % pri dekletih zaužitih maščob poli nenasičenih.

4.5 Vitamini v prehrani

Vitamini so organske substance, ki jih telo potrebuje v majhnih količinah, vendar spadajo med esencialna živila, ker jih telo večinoma ne more sintetizirati (Wardlaw idr., 2015), njihovo pomanjkanje pa sčasoma privede do bolezenskih sprememb. Slovenskim mladostnikom primanjkuje nekaterih vitaminov, v primerjavi s priporočili pojedjo premalo folatov, fantje 64 %, dekleta 69 % od priporočenega, fluorida, fantje 28 %, dekleta 31 % od priporočenega in vitamina D, fantje in dekleta samo 20 % priporočenih količin (Fidler Mis idr., 2012).

4.6 Minerali v prehrani

Minerali v prehrani se delijo glede na količino prisotno v telesu na makroelemente, ter na mikroelemente. Količina vnesenih makroelementov je po (D A CH, 2005) več kot 50 mg na dan. V obdobju hitre rasti mladostniki pridobijo od 45 do 50 % celotne kostne mase, zato je izrednega pomena zadosten vnos Ca. Pomanjkanje Ca je ena redkih boleznih pomanjkanja, ki jo srečujemo v razvitem svetu. Poglavitni vir Ca v prehrani so mleko in mlečni izdelki. V zdravi prehrani se za mladostnike priporoča manj mastno mleko in mlečni izdelki. Po Mesias in sodelavcih (2011) se z mlekom vnese okoli 70 % Ca v prehrani razvitih zahodnih držav. Slovenski mladostniki ne dosegajo priporočenih vnosov Ca, in sicer ga fantje zaužijejo 91 %, dekleta pa 97 % od priporočenih vrednosti (Fidler Mis in sod., 2012). Mladostniki opuščajo pitje mleka na račun sladkih pijač, kar zmanjša količino vnesenega Ca, poleg tega vsebnost fosforja in kofeina v teh pijačah ovirata resorpcijo Ca tudi iz drugih virov v prehrani. Priporočen vnos Ca za mladostnike je 1200 mg na dan (D A CH, 2004). Aktivnost mišic pri telesnem naporu pomembno vpliva na maso, velikost in moč kosti (Going in Farr, 2010), zato je telesna aktivnost v času mladostništva odločilna za optimalen razvoj kosti in preprečevanje osteoporoze kasneje v življenju. Za mladostnike je priporočen minimalen vnos Na, in sicer 550 mg na dan, kar ustreza nekaj več kot 1. g kuhinjske soli na dan (D A CH, 2005). Slovenski mladostniki (Štimec in Kobe, 2009) uživajo 208 % priporočenega dnevnega vnosa soli po WHO/FAO, ki priporoča manj kot 5 g soli na dan in sicer fantje 11.5, dekleta pa 9,4 g soli na dan. Karpanen in Mervaala (2006) v svojem članku navajata, da je prehrana v razvitem svetu, v kateri je velik del industrijsko predelan, pomembno drugačna od naravne, nepredelane hrane. K je eden od mineralov, ki ga v moderni prehrani primanjkuje, prav tako Ca in Mg, to pa prisili telo, da s pomočjo višjega krvnega pritiska odstrani odvečni Na. Ta neuravnoteženost pomembnih mineralov je eden od pomembnih vzrokov razširjenosti hipertenzije v razvitem svetu.

4.7 Voda

Voda predstavlja od 50 % do 70 % teže mladega moškega. Odstotek je odvisen od telesne sestave. Nemastno telesno tkivo, kot so mišice vsebujejo 73 % vode, mastno tkivo pa samo 10 % (Sawka idr., 2005). Za zdrave odrasle osebe, z zmerno telesno aktivnostjo, ki živijo v zmernem podnebnju velja, da 3,7l vode za moške in 2,7l vode za ženske na dan, zadosti vsem potrebam organizma. V raziskavi med slovenskimi

mladostniki (Fidler Mis idr., 2012) so ugotovili, da le ti popijejo premalo vode, fantje 1,8 l, dekleta pa 2 l na dan.

5 Vplivi na prehranske navade mladostnikov

Vpliv družine na prehranske navade mladostnika se zmanjšuje, vendar ima lahko družina še vedno pomembno vlogo v zagotavljanju zdravih obrokov hrane. V raziskavi Holubcikovne in sodelavcev (2016) med slovaškimi mladostniki, so dokazali, da meje, ki jih postavijo starši v zvezi s prehranjevanjem, pomembno vplivajo na kvaliteto prehrane mladostnika, vendar je kar 20 % mladostnikov v raziskavi navedlo, da jim starši ne postavljajo mej v zvezi s prehranjevanjem. Watts in sodelavci (2014) v svoji raziskavi, opravljeni med pretežkimi in predebelimi ameriškimi mladostniki ugotavljajo, da imajo predebeli mladostniki podobne prehranjevalne navade, kar se tiče uživanja sadja in zelenjave, maščob, sladkorja, sladkih pijač in prigrizkov, kot njihovi starši, ki so večinoma tudi predebeli. V raziskavi med šolarji v 10. evropskih državah, med njimi v Sloveniji, je bilo ugotovljeno, da izobrazba staršev pomembno vpliva na uživanje sadja (v 5 državah) in zelenjave (v 7 državah), otroci izobraženih staršev se bolj zavedajo pomena zdrave prehrane, se sami odločajo zanjo, v takih družinah je zdrava hrana tudi bolj na razpolago (Lehto idr., 2014). Vpliv vrstnikov in prijateljev na prehranske vzorce mladostnikov je zelo pomemben, predvsem kar se tiče nezdravih prehranskih navad kot je uživanje prigrizkov, hitre hrane in pitja sladkih pijač. V raziskavi Woutersa in sodelavcev (2010) je bilo ugotovljeno, da je uživanje prigrizkov in pitje sladkih pijač značilno za krog vrstnikov in prijateljev, bolj pogoste so te navade med fanti z nižjo formalno izobrazbo, kot med dekleti. Šolska prehrana lahko pomembno vpliva na prehrano mladostnikov, saj tam preživijo veliko časa. Raziskava Seo in sodelavcev (2012) je pokazala, da je zelo pomembno katera vrsta hrane je dostopna v šoli, saj so ob primerjavi šole, kjer so bili na razpolago prigrizki in sladke pijače ter druge, kjer tega ni bilo ugotovili povezavo med dostopnostjo nezdrave hrane in stopnjo debelostjo pri mladostnikih. Z zakonom o šolski prehrani (2013, 2014) se je pri nas uredila možnost topllega obroka za vse dijake. Zakon tudi predpisuje, da v šoli ne smejo biti nameščeni prodajni avtomati za distribucijo hrane in pijače. V strokovnem spremljanju prehrane s svetovanjem, ki je potekalo v šolskem letu 2012/2013 (Gregorič idr., 2014) v 105 vzgojno izobraževalnih zavodih v Sloveniji, so preverjali upoštevanje Smernic za zdravo prehranjevanje v vzgojno izobraževalnih zavodih in ugotovili veliko odstopanj od priporočil. Le približno polovica zavodov se drži z zakonom predvidenih smernic. Pomemben faktor pri izbiri hrane mladostnika je tudi osebna izbira (Brown idr., 2011), ki je odvisna od sposobnosti mladostnika, da se sam odloči in deluje glede na svojo odločitev, tako glede prehrane, kot tudi drugih vzorcev obnašanja, kot je kajenje, pitje alkohola ali uporaba drog. Oglaševanje hrane v medijih ima močan vpliv na prehrano otrok in mladostnikov. V raziskavi (Kelly idr., 2010) opravljeni v 13 državah po celem svetu, so ugotovili, da če bi otrok gledal otroške programe na televiziji po 2 uri na dan, bi v enem tednu videl od 56 do 126 reklam povezanih s hrano, odvisno od države, največ reklam so med raziskovanimi državami za-

beležili v Grčiji. Večina reklam je bila namenjenih hitri hrani, sladkarijam in sladkim pijačam. Montgomery in Chester (2009) v svojem prispevku pojasnita, kako največji proizvajalci nezdrave hrane, in sicer Coca-Cola, McDonald's, Burger King in KFC (Kentucky Fried Chicken), zelo agresivno posegajo v medije, ki so prvenstveno namenjeni mladostnikom kot so MySpace in Facebook in z različnimi interaktivnimi pristopi pritegnejo pozornost mladih. Pritisk medijev glede pričakovanega videza je predvsem na dekleta zelo velik (Pandel Mikuš, 2010). Ideal lepega ženskega telesa je zelo vitko telo, ki ni v skladu z naravnim potencialom, kar sili mlada dekleta k hujšanju, ki pa namesto, da bi preprečilo nastanek bolezni vodi v nove, v anoreksijo in bulimijo.

6 Življenjski slog mladostnika

Mladostniki razvijajo nove vzorce obnašanja, ki so pogosto tvegani za zdravje, kot je nezdravo prehranjevanje, telesna neaktivnost, kajenje, pitje alkohola, uporaba drog, tvegana spolna vedenja in nasilje (Koprivnikar in sod., 2012). Pogost vzorec nezdravega prehranjevanja med mladostniki je izpuščanje obrokov, najpogosteje zajtrka. V raziskavi Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2014, je bilo ugotovljeno, da le 45,1 % slovenskih mladostnikov zajtrkuje vsak dan (Drev, 2015), odstotek se je v zadnjih letih nekoliko povešal. Zajtrk je pomemben obrok, ki ga povezujejo z večjim uživanjem esencialnih hranil in boljšo kvaliteto prehrane mladostnika ter z manjšo možnostjo nastanka debelosti (Vereecken idr., 2009). V raziskavi v 41 državah, med njimi v Sloveniji, ki so sodelovale v HBSC, so ugotovili, da dekleta redkeje zajtrkujejo kot fantje. S starostjo se pogostnost zajtrkovanja zmanjšuje, manj zajtrkujejo mladostniki v družinah z manjšim socialno ekonomskim statusom in v enostarševskih družinah. Zanimivo je, da so dokazali tudi povezavo med izogibanjem zajtrku in pogostnostjo kajenja med mladostniki. Izpuščanje obrokov in stradanje je nezdrav in večinoma neuspešen način za vzdrževanje ali izgubo teže, vendar se ta dva načina pogosto pojavljata med mladostniki (Utter idr., 2012). Redna telesna dejavnost je ključna za normalen razvoj mladostnika. Po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije morajo biti mladostniki aktivni vsaj eno uro na dan, trikrat na teden naj bo ta aktivnost intenzivna. Po poročilu raziskave HBSC (Drev, 2015) je le 18,5 % mladostnikov telesno dejavnih eno uro vsak dan, manj so dejavna dekleta. Telesna dejavnost se je od obdobja 2002 do 2014 pomembno zmanjšala med slovenskimi mladostniki. Nekoliko več, 2-3 krat na teden, so mladostniki dejavni v prostem času, bolj fantje, kot dekleta. Sedeča vedenja zajemajo vrsto različnih vedenj, za katere je značilna nizka energijska poraba. Pred različnimi ekrani naj bi bili mladostniki največ 2 uri na dan (Drev, 2015). V raziskavi HBSC med slovenskimi mladostniki je bilo ugotovljeno, da vsak peti mladostnik v prostem času preživi več kot 4 ure na dan v sedečem položaju, dekleta več kot fantje.

7 Razprava

V obdobju mladostništva potekajo velike telesne spremembe in hitra rast, kar zahteva uravnoteženo, energijsko bogato hrano z zadostno količino hranil (Kobe idr., 2011). V tem obdobju se dokončno razvijejo prehranske navade in navade v zvezi z gibanjem, ki pomembno vplivajo na življenjski slog, vzdrževanje telesne teže in nastanek kroničnih bolezni kasneje v življenju. Po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije (Jeriček Klanšček idr., 2015) morajo biti mladostniki aktivni vsaj eno uro na dan, trikrat na teden naj bo ta aktivnost intenzivna. V raziskavi med slovenskimi mladostniki, starimi od 14 do 17 let (Kobe idr., 2011) je bilo ugotovljeno, da slovenski mladostniki ne pojedjo priporočenih količin esencialnih hranil. Le 11 % fantov in 10 % deklet dnevno zaužije priporočeno količino zelenjave, 60 % deklet in samo 32 % fantov poje dovolj sadja, prav tako zaužijejo premalo žit, še posebej polnozrnatih. V prehrani je premalo zdravih maščob v obliki rastlinskih olj, prevelik del mlečnih izdelkov je polnomastnih, jogurti so v velikem odstotku sadni, z dodanim sladkorjem in drugimi aditivi. Zaskrbljujoča je velika poraba sladkih pijač, kot so sadni nektarji, sladkani čaji in gazirane sladke pijače, ki zelo neugodno vplivajo na zdravje (Fidler Mís, 2013), čeprav je raziskava med mladimi v Sloveniji od 2012 do 2014 (Jeriček Klanšček in sod., 2015) pokazala manjši trend zmanjševanja uporabe teh pijač. Del zdrave prehrane je redno zajtrkovanje (Artnik idr., 2011), vendar le 39 % slovenskih mladostnikov zajtrkuje vsak dan. Na izbiro hrane in na telesno aktivnost pri mladostniku v veliki meri vplivajo vrstniki. Podatki (Wouters idr., 2010) kažejo, da mladostniki, še posebej fantje, posegajo po nezdravih prigrizkih in sladkih pijačah v družbi vrstnikov, predvsem v skupinah z nižjo izobrazbo. Na slabšo samooceno zdravja mladostnika ter na manjše uživanje sadja in zelenjave vpliva tudi socioekonomski status družine, kar je dokazala raziskava med slovenskimi mladostniki (Jeriček Klanšček idr., 2011). Ugotovljeno je bilo (Wouters idr., 2010), da ima dostopnost nezdravih prigrizkov in sladkih pijač v šoli velik vpliv na porabo le teh med mladostniki. Z zakonom o šolski prehrani (2013, 2014) se je pri nas uredila možnost toplega obroka za vse dijake. Vpliv staršev na prehranjevanje se v mladostništvu zmanjšuje (Fitzgerald idr., 2013), mladostniki se osamosvajajo in pojedjo več obrokov zunaj doma. Debelost pri mladostnikih vpliva na kostno maso (Nunes Mosca idr., 2014). V želji, da bi ustrezali trenutnim lepotnim idealom, se mladostniki zatekajo k nezdravim načinom hujšanja (Utter idr., 2012) kot so: spuščanje obrokov, še posebej zajtrka, jemanju odvajal in tablet za hujšanje, pretirani telesni vadbi, kajenju in bruhanju. Medicinske sestre delujejo predvsem na področju vzgoje za zdravje, ki je definirana kot planiran proces za doseganje znanja in spremembe vedenja povezanega z zdravjem ali boleznijo (Pucelj, 2011). Za zdravje otrok in mladostnikov je odgovorna tako družina kot drugi: država, zdravstvo, vzgoja in izobraževanje, ter vsi drugi, ki lahko s svoji dejavnostmi in zakonodajo vplivajo na zdravje in blaginjo posameznika (Pucelj, 2011). Mladostnik za svoje zdravje lahko veliko naredi sam, potrebno pa je tudi ustvarjanje zdravju naklonjenih javnih politik in zdravih okolij, na kar z svojim delovanjem vplivajo tudi medicinske sestre. Svetovna zdravstvena organizacija je poudarila celostno razumevanje vpliva življenjskih razmer

in načina življenja na zdravje in s tem na potrebe po vlaganju v politike, programe in službe, tudi na področju prehrane, ki ustvarjajo, ohranjajo in krepijo zdravje, ter tako posameznikom omogočajo socialno in ekonomsko primerno življenje (WHO, 2008).

LITERATURA

1. Brown, E. J., Isaacs, S. J. in Krinke, U. B. idr. (2011). *Nutrition Through the Life Cycle*. 4th edition. Belmont: Wadsworth.
2. DA CH (2004). Referenčne vrednosti za vnos hranil. Ljubljana: Littera picta d. o. o.
3. De Smet, S. in Vossen, E. (2016). Meat: The balance between nutrition and health. A review. Pridobljeno, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27107745>.
4. De Souza, R. J., Mente, A., Maroleanu, A. idr. (2015). Intake of saturated and trans unsaturated fatty acids and risk of all cause mortality, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis of observational studies.
5. Diethelm, K., Huybrechts, I. in Moreno, L. (2013). Nutrient intake of European adolescents: results of the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence). Study. *Public Health Nutr*, 17 (3), 486–497.
6. DiNicolantonio, J. J., Lucan, S. C. in O’Keefe, J. H. (2016). The Evidence for Saturated Fat and for Sugar Related to Coronary Heart Disease. *Prog Cardiovasc Dis*, 58, 464–472.
7. Drev, A. (2015). Z življenjskim slogom povezana vedenja. V *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji*. Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 38–47.
8. Fidler Mis, N. (2013). Negative effects of sugar-sweetened beverages. *Zdrav Vestn*, 82 (1), 138–143.
9. Fidler Mis, N., Kobe, H. in Štimec, M. (2012). Dietary Intake of Macro- and Micronutrients in Slovenian Adolescents: Comparison with Reference Values. *Ann Nutr Metab*, 61, 305–313.
10. Gabrijelčič Blenkuš, M., Pograjc, L., Gregorič, M., Adamič, M. in Čampa, A. (2005). Smernice zdravega prehranjevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah (od prvega leta naprej). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
11. Going, S. B. in Farr, J. N. (2010). Exercise and bone macro-architecture: is childhood a window of opportunity for osteoporosis prevention? *Int J Body Compos Res*, 8, S1–9.
12. Gregorič, M., Ceglar, K., Poličnik, R. in Đukić, B. (2014). Strokovno spremljanje prehrane s svetovanjem v vzgojno-izobraževalnih zavodih v šolskem letu 2012/13. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
13. Hlastan-Ribič, C. (2009). *Zdrav krožnik: priporočila za zdravo prehranjevanje*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
14. Holubcikova, J., Kolarcik, P., Madarasova Geckova, A. P., van Dijk, P. J. and Reijneveld, A. S (2016). Lack of parental rule-setting on eating is associated with a wide range of adolescent unhealthy eating behaviour both for boys and girls. *BMC Public Health*, 16, 359.
15. Karppanen, H. in Mervaala, E. (2006). Sodium Intake and Hypertension. *Progress in Cardiovascular Diseases* 49 (2), 59–75.
16. Kelly, B., Halford, C. G. J., Boyland, J. E. idr. (2010). Television Food Advertising to Children: A Global Perspective. *Am J Public Health*, 100 (9), 1730–1736.
17. Kobe, H., Štimec, M., Hlastan Ribic, C. in Fidler Mis, N. (2011). Food intake in Slovenian adolescents and adherence to the Optimized Mixed Diet: a nationally representative study. *Public Health Nutr*, 15 (4), 600–608.
18. Koprivnikar, H., Drev, A. in Jeriček Klanšček, H. (2012). *Z zdravjem povezana vedenja mladostnikov v Sloveniji - izzivi in odgovori*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
19. Lehto, E., Ray, C., te Velde, S. idr. (2014). Mediation of parental educational level on fruit and vegetable intake among schoolchildren in ten European countries. *Public Health Nutr*, 18 (1), 89–99.

20. Lin, Y., Mouratidou, T., Vereecken, C. idr. (2015). Dietary animal and plant protein intakes and their associations with obesity and cardio-metabolic indicators in European adolescents: the HELENA cross-sectional study. *Nutr J*, 14 (10), 1–11.
21. Malik, V. S., Popkin, B. M., Bray, G. A., Despres, J. P., Willett, W. C. in Hu, F. B. (2010). Sugar-Sweetened Beverages and Risk of Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 33, 2477–2483.
22. Mesias, M., Seiquer, I. in Navarro, M. P. (2011). Calcium Nutrition in Adolescence. *Crit Rev Food Sci Nutr*, 51, 195–209.
23. Möller, G. in Klein, F. (2010). *Dietary Fiber, Fruit and Vegetable Consumption and Health*. New York: Nova Science Publishers.
24. Montgomery, C. K. in Chester J (2009). Interactive Food and Beverage Marketing: Targeting Adolescents in the Digital Age. *J Adolesc Health*, 45, 18–29.
25. Nix, S. (2015). *Williams' basic nutrition and diet therapy*. St. Louis (Mo): Elsevier.
26. Pandel Mikuš, R. (2010). Problematika motenj hranjenja pri mladostnikih. *Dietetikus*, 12 (3), 42–51.
27. Patterson, E., Wärnberg, J., Poortvliet, E., Kearney, J. M. in Sjöström, M. (2010). Dietary energy density as a marker of dietary quality in Swedish children and adolescents: the European Youth Heart Study. *Eur J Clin Nutr*, 64, 356–363.
28. Poutanen, K. (2012). Past and future of cereal grains as food for health. *Trends Food Sci Technol*, 25, 58–62.
29. Praagman, J., Beulens, W. J. J., Alsema, M. idr. (2016). The association between dietary saturated fatty acids and ischemic heart disease depends on the type and source of fatty acid in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition–Netherlands cohort. *Am J Clin Nutr*, 103, 356–365.
30. Sawka, M. N., Chevront, S. N. in Carter, R. (2005). Human Water Needs. *Nutr Rev* 63 (6), 30–39.
31. Shrapnel, B. (2013). Testing the boundaries of recommended carbohydrate intakes: Macronutrient exchanges, carbohydrate quality and nutritional adequacy. *Nutrition & Dietetics*, 70, 59–65.
32. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Pridobljeno 24. 8. 2016, s <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
33. Torun, B. (2005). Energy requirements of children and adolescents. *Public Health Nutr*, 8 (7A), 968–993.
34. Utter, J., Denny, S., Robinson, E., Ameratunga, S. in Crengle, S. (2012). Identifying the 'red flags' for unhealthy weight control among adolescents: Findings from an item response theory analysis of a national survey. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 9 (99), 1–9.
35. Vahčić, N., Hruškar, M., Marković, K., Banović, M. in Colić Barić, I. (2010). Essential minerals in milk and their daily intake through milk consumption. *Mljekarstvo*, 60 (2), 77–85.
36. Wardlaw, M G, Smith, M. A. in Collene, A. (2015). *Contemporary nutrition: a functional approach*. New York: McGraw-Hill Education, 233–273.
37. Watts, W. A., Mâsse, L. C., Barr, I. S., Lovato, Y. C. in Hanning, M, R, (2014). Parente Child Associations in Selected Food Group and Nutrient Intakes amon Overweight and Obese Adolescents. *J Acad Nutr Diet*, 114 (10), 1580–1585.
38. Weichselbaum, E. and Buttriss, J. L. (2014). Diet, nutrition and schoolchildren: An update. *Nutr Bull*, 39, 9–73.
39. WHO (2008). Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Pridobljeno s, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf.
40. Wouters, J. E., Larsen, K. J., Kremers, P. S., Dagnelie, C. P. and Geenen, R, (2010). Peer influence on snacking behavior in adolescence. *Appetite*, (55), 11–17.
41. Zakon o šolski prehrani (2013). Uradni list Republike Slovenije št. 3
42. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o šolski prehrani (2014). Uradni list Republike Slovenije št. 46.

Povezanost višine izdatkov za zdravstvo s kakovostjo zdravstvenega sistema v EU

UDK 336.5:61(4-15/17)

KLJUČNE BESEDE: zdravstvo, kakovost, izdatki za zdravstvo, Evropska unija

POVZETEK - Evropske države so v zadnjih desetletjih dosegle velik napredek na področju zdravja prebivalstva. Številne izboljšave v zdravstvu so povezane s precejšnjimi stroški. Navkljub napredku je opaziti velike razlike pri zdravstvenem varstvu med posameznimi državami EU. Razlika je prisotna na vseh ravneh in področjih zdravstvene oskrbe. Prav tako so opazne razlike v višini finančnih sredstev, ki so namenjena financiranju zdravstvenega sistema po posameznih državah. Ob tem se poraja pomembno vprašanje: koliko finančnih sredstev nameniti za zdravstvo oziroma ali več finančnih sredstev v zdravstvenem sistemu pomeni tudi njegovo boljšo kakovost. Namen prispevka je ugotoviti, ali povečanje finančnih sredstev, namenjenih za zdravstvo, izboljšuje zdravstveno stanje prebivalstva. Cilj naše raziskave je ugotoviti, ali je zdravstveni sistem v bogatejših državah, članicah EU, tudi kakovostnejši. Za raziskavo smo izbrali tri kazalce kakovosti, ki jih najpogosteje uporabljajo zdravstveni delavci in strokovnjaki na področju kakovosti v zdravstvu. Naša pričakovanja so, da bodo rezultati raziskave pokazali statistično značilno povezanost med izdatki za zdravstvo in izbranimi kazalci, ki kažejo raven kakovosti zdravstvenega sistema v državah EU.

UDC 336.5:61(4-15/17)

KEY WORDS: health care, quality, health expenditure, the European Union

ABSTRACT - In the past decades, the European countries have achieved remarkable progress in terms of public health. That being said, many of the improvements came with significant costs. Despite the overall progress, major differences can be observed in the health care of individual EU states. Differences can be observed at all levels and in all areas of health care. Moreover, the countries differ in the level of financial assets allocated to their healthcare systems. The most important questions are: how much financial assets should be allocated to health care? Does the level of financial assets provided to the healthcare system improve its quality? The purpose of this article is to determine whether an increase in financial assets for health care actually improves public health. It also aims at exploring whether the quality of healthcare systems in the wealthier EU states is better than in the less wealthy ones. Three quality indicators that are commonly used by health professionals and healthcare quality experts were selected for the purpose of this research. We expect to find a statistically significant connection between the health expenditure and the indicators of the quality of healthcare systems in the EU states.

1 Uvod

Zdravstveno varstvo je zahteven sistem, ki je vpet v celotno družbeno dogajanje. Vsaka družba stremi, da ima čim bolj kakovosten sistem zdravstvenega varstva, ki je obenem tudi gospodarsko vzdržen. Kot obstajajo velike razlike med državami v gospodarski razvitosti in družbeni ureditvi, so raznoliki tudi zdravstveni sistemi. Med vsemi državami sveta ni dveh sistemov, ki bi bila povsem enaka. Zdravstveni sistemi se razlikujejo po delovanju, učinkovitosti, uspešnosti, varnosti in kakovosti. V večini držav zdravje pomeni pravico posameznika (skandinavske države), v nekaterih državah pa pomeni le dobrotno, ki se jo kupi (ZDA).

Zdravje državljanov je pomembna naloga EU. Zdravstvena politika EU dopolnjuje nacionalne politike in tako zagotavlja, da imajo vsi prebivalci EU dostop do kakovostne oskrbe. Glavni cilji zdravstvene politike EU so naslednji:

- preprečevanje bolezni,
- spodbujanje zdravega življenjskega sloga,
- spodbujanje dobrega počutja,
- zaščita ljudi pred resnimi čezmejnimi nevarnostmi za zdravje,
- boljši dostop do zdravstvenega varstva,
- obveščanje o zdravju in zdravstvena vzgoja,
- boljša varnost pacientov,
- podpora dinamičnim zdravstvenim sistemom in novih tehnologijam,
- visoki standardi in varnosti za človeške organe in druge snovi človeškega izvora,
- zagotavljanje visoke kakovosti, varnosti in učinkovitosti zdravil in medicinskih pripomočkov (Javno zdravje, str. 3).

Vedno večji izziv predstavljajo staranje prebivalstva, draga sodobna medicinska tehnologija (predvsem na področju diagnostike, npr. CT, MRI), učinkovitejša in obenem dražja zdravila (npr. biološka zdravila) ter zahtevne metode kirurškega zdravljenja (npr. transplantacija). Le-ti pomenijo vse večji finančni pritisk na zdravstveni sistem in državni proračun. Nove metode odkrivanja in zdravljenja bolezni zagotavljajo posamezniku večjo možnost preživetja in ozdravitve, za zdravstveni sistem pa to pomeni vrtoglavo večanje stroškov. Zato je omejene vire treba smiselno razporediti in porabiti tako, da bo zagotovljena čim bolj kakovostna zdravstvena oskrba čim večjemu številu prebivalstva. Prav zato tudi ni naključje, da je preučevanje sistema zdravstvenega varstva kot pomembnega dela gospodarstva, medsebojno vplivanje in njegovo delovanje v ekonomskih okoljih, predmet številnih znanstvenih raziskav.

V zadnjih desetletjih so evropske države dosegle velik napredek na področju zdravja prebivalstva. Pričakovana življenjska doba ob rojstvu se je v državah članicah EU od leta 1980 podaljšala za več kot šest let. V letu 2010 je že dosegla 79 let, medtem ko se je prezgodnja umrljivost izrazito zmanjšala. Pričakovati je, da lahko človek več kot tri četrtine življenja preživi ob dobrem zdravju. Podaljšanje življenjske dobe je mogoče pojasniti z boljšimi življenjskimi in delovnimi razmerami ter nekaterimi navadami, ki vplivajo na zdravje, pa tudi z boljšim dostopom do zdravstvene oskrbe in izboljšanjem njene kakovosti. Napredek je posledica različnih dejavnikov, kot so npr. višja povprečna raven izobrazbe, boljše življenjske in delovne razmere, večja socialna varnost. Hkrati pa ne gre zanemariti boljših zdravstvenih storitev (zgodno odkrivanje raka na pljučih in debelem črevesu) in spremenjenih navad posameznikov (opustitev kajenja, zdravo prehranjevanje, rekreacija). Še bolj kot demografski dejavniki, na hitro rast izdatkov za zdravstvo, vplivajo t.i. ne-demografski dejavniki (tehnološki napredek, vse večje potrebe in pričakovanja prebivalstva po kvalitetni zdravstveni oskrbi). Številne izboljšave na področju diagnosticiranja in zdravljenja povečujejo finančne stroške.

Do leta 2009 so se izdatki v zdravstvu v evropskih državah povečevali mnogo hitreje kot v drugih gospodarskih sektorjih (Tabela 1). Zdravstveni sektor je porabil vedno večji delež BDP. Po izbruhu gospodarske krize leta 2008 so številne evropske države,

med njimi tudi Slovenija, zmanjšale izdatke za zdravstvo kot del prizadevanj za obvladovanje obsežnih proračunskih primanjkljajev. Čeprav so bili ti posegi neizogibni, so morda nekateri izvedeni ukrepi celo vplivali na temeljne cilje zdravstvenih sistemov. Zaradi tega je nujno nenehno spremljati podatke in kazalnike o zdravju in zdravstvenih sistemih.

Tabela 1: Izdatki za zdravstvo in delež BDP namenjen za zdravstvo po posameznih državah EU in letih

	2008		2011		2012		2013	
	Izdatki za zdravstvo v USD p.c.	Delež BDP namenjen za zdravstvo	Izdatki za zdravstvo v USD p.c.	Delež BDP namenjen za zdravstvo	Izdatki za zdravstvo v USD p.c.	Delež BDP namenjen za zdravstvo	Izdatki za zdravstvo v USD p.c.	Delež BDP namenjen za zdravstvo
Avstrija	3.964,9	9,6	4.361,5	9,9	4.528,1	10,1	4.553,1	10,1
Belgija	3.553,8	9,4	4.148,3	10,1	4.224,7	10,2	4.255,9	10,2
Češka	1.728,0	6,4	2.001,3	7,0	2.021,5	7,1	2.039,6	7,1
Danska	3.892,7	9,5	4.430,7	10,2	4.512,3	10,4	4.553,4	10,4
Estonija	1.284,4	5,7	1.340,6	5,7	1.442,8	5,8	1.542,1	6,0
Finska	3.020,5	7,6	3.313,9	8,2	3.402,7	8,5	3.441,9	8,6
Francija	3.579,5	10,2	4.014,3	10,7	4.045,1	10,8	4.123,8	10,9
Nemčija	3.902,4	10,2	4.510,4	10,7	4.693,3	10,8	4.818,9	11,0
Grčija	3.011,5	9,8	2.602,4	9,7	2.328,7	9,1	2.366,4	9,2
Madžarska	1.486,7	7,2	1.720,9	7,6	1.697,0	7,5	1.719,5	7,4
Italija	3.011,3	8,3	3.169,0	8,0	3.137,5	8,1	3.076,6	8,8
Latvija	1.119,7	8,6	1.112,4	8,8	1.148,5	8,8	1.216,5	5,3
Litva	1.307,6	5,6	1.465,0	5,6	1.515,9	5,4	1.572,6	6,1
Nizozemska	4.398,3	6,3	4.862,5	6,5	5.081,3	6,3	5.130,9	11,1
Poljska	1.158,0	6,6	1.404,1	6,8	1.447,7	6,6	1.530,2	6,4
Portugalska	2.435,3	9,6	2.553,6	10,5	2.522,7	11,0	2.514,4	9,1
Slovaška	1.780,7	6,4	1.871,9	6,3	1.977,4	6,3	2.010,2	7,6
Slovenija	2.323,3	9,3	2.435,0	9,5	2.482,6	9,3	2.511,2	8,7
Španija	2.796,4	7,5	2.957,0	7,5	2.956,8	7,7	2.898,4	8,8
Švedska	3.479,0	7,8	4.613,3	8,5	4.743,2	8,7	4.904,1	11,0
Velika Britanija	2.986,3	8,3	3.095,4	9,1	3.175,5	9,0	3.234,8	8,5

Vir: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

Iz tabele 1 je razvidno, da izdatki za zdravstvo v številnih evropskih državah rastejo počasneje ali so v upadanju. Izdatki za zdravstvo upadajo predvsem v državah, ki jih je najbolj prizadela gospodarska kriza (Grčija, Italija). V letu 2012 je za zdravstvo najmanj prispevala Latvija, največ pa Nizozemska. Povprečje izdatkov znaša 3.092,16 USD na prebivalca, Slovenija je s 2.482,60 USD na prebivalca precej pod evropskim povprečjem.

Delež izdatkov za zdravstvo se je v letu 2012 in 2013 povečal v vseh evropskih državah v primerjavi z letom 2008. Najvišje izdatke za zdravstvo so imeli na Nizozemskem, Švedskem, Nemčiji ter Danskem, najmanj pa so za zdravstvo namenili v

baltiških državah. Slovenija je v letu 2008 in 2012 namenila za zdravstvo 9,3 % delež, v letu 2013 pa je bil delež nižji, in sicer 8,7 %.

1.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je preučiti, ali povečanje finančnih sredstev, namenjenih za zdravstvo, izboljšuje zdravstveno stanje prebivalstva. Cilj naše raziskave je ugotoviti, ali je zdravstveni sistem v bogatejših državah, članica EU, tudi kakovostnejši.

1.2 Hipoteza

Naša hipoteza je, da imajo tiste države članice EU, ki namenjajo več sredstev za zdravstvo, tudi kakovostnejši zdravstveni sistem.

Da potrdimo ali ovržemo hipotezo, smo izbrali tri kazalce kakovosti, ki jih najpogosteje uporabljajo zdravstveni delavci in strokovnjaki na področju kakovosti v zdravstvu:

- nenadna smrt dojenčkov na 1000 živorojenih dojenčkov,
- pojav MRSA - na antibiotik metilicilin odporna bakterija stafilok aureus s tveganjem na 100 pacientov, ki so sprejeti v bolnišnici,
- smrtnost v prvih 30-ih dneh po hospitalizaciji zaradi srčnega infarkta na 100 pacientov, sprejetih zaradi srčnega infarkta.

Kakovost je dosežena, ko se število nenadnih smrti dojenčkov, pojava MRSA in smrtnosti v prvih 30-ih dneh po hospitalizaciji zaradi srčnega infarkta zmanjšuje oziroma je čim nižje.

2 Metoda

Uporabljena je kvantitativno-deskriptivna metoda. Pregledali smo nekaj dostopnih statističnih baz podatkov (Eurostat, Human Development Report, OECD) ter ocenili, da glede na potrebe našega raziskovanja in oblike, ki jo iščemo, uporabimo dostopne in zanesljive podatke OECD, ki se po obravnavanih, posameznih kazalcih nanašajo na leto 2012. V raziskavo smo vključili vzorec držav, ki so članice EU. V vzorec niso zajete vse države EU, ker so se posamezne države postopoma vključevale v EU. Zaradi tega je baza podatkov nekompletna. Pri obdelavi spremenljivk izdatki za zdravstvo, nenadna umrljivost dojenčkov in pojav MRSA smo uporabili vzorec 23-ih držav EU (Avstrija, Belgija, Češka, Danska, Estonija, Finska, Francija, Nemčija, Grčija, Madžarska, Irsko, Italija, Latvija, Litva, Luksemburg, Nizozemska, Poljska, Portugalska, Slovaška, Slovenija, Španija, Švedska, Velika Britanija), pri obdelavi spremenljivke smrtnost v prvih 30-ih dneh po hospitalizaciji zaradi srčnega infarkta pa je zajet vzorec 20-ih držav EU (vključene prej naštetih držav, razen Estonije, Grčije in Litve).

V raziskovalni nalogi smo uporabili štiri spremenljivke:

- neodvisno spremenljivko izdatki za zdravstvo (health spending): izdatki za zdravstvo so opredeljeni kot končna poraba zdravstvenega blaga in storitev. Vključuje porabo javnih in zasebnih virov (vključno z gospodinjstvi) na zdravljenju, rehabilitaciji in dolgotrajnejši zdravstveni oskrbi ter medicinskega blaga, kot so

- zdravila. Prav tako vključuje tudi izdatke za zdravstvene in preventivne programe;
- odvisno spremenljivko nenadna smrt dojenčkov na 1000 živorojenih dojenčkov (infant mortality rates);
 - odvisno spremenljivko pojav MRSA - na antibiotik metilicilin odporna bakterija stafilok aureus s tveganjem na 100 pacientov (hcqi acute care), ki so sprejeti v bolnišnici;
 - odvisno spremenljivko smrtnost v prvih 30-ih dneh po hospitalizaciji zaradi srčnega infarkta na 100 pacientov, sprejetih v bolnišnico zaradi srčnega infarkta (in-hospital mortality following acute myocardial infarction).

S pomočjo računalniškega programa PSPP smo izvedli statistično obdelavo podatkov. Uporabili smo statistični model, ki ga koristimo za napovedovanje povezanosti neodvisne spremenljivke izdatki za zdravstvo in treh izbranih odvisnih spremenljivk. Uporabili smo korelacijsko analizo, ki se uporablja za ugotavljanje moči povezave. Za primerjavo razlik povprečnih vrednosti smo uporabili analizo variance (ANOVA) oziroma F-test in korelacijski koeficient, za dve neodvisni spremenljivki smo izračunali t-test in izračunali moč povezanosti spremenljivk s Pearsonovim koeficientom korelacije.

3 Rezultati

Na osnovi dostopnih in statistično obdelanih podatkov ugotavljamo:

Povprečni izdatek za zdravstvo v letu 2012, beležen v 23-ih obravnavanih evropskih državah znaša 3.092,16 USD p. c. Za zdravstvo je najmanj namenila Latvija (1.148,50 USD p.c.), največ pa Nizozemska (5.081,30 USD p.c.). Razlika med najmanjšim in največjim izdatkom je 3.932,8 USD. Standardni odklon je 1.259,56 USD p.c.

Povprečna nenadna smrtnost dojenčkov na 1000 živorojenih dojenčkov v letu 2012, beležen v 23-ih evropskih državah, znaša 3,55. Najmanjša nenadna umrljivost dojenčkov je v Sloveniji (1,60), največja v Latviji (6,30.). Razlika med najmanjšo in največjo umrljivostjo je 4,70 na 1000 prebivalcev. Standardni odklon je 1,07.

Povprečni pojav MRSA s tveganjem na 100 pacientov, ki so sprejeti v bolnišnici v letu 2012, beležen v 23-ih evropskih državah, znaša 17,07. Najmanjši je na Švedskem (0,70), največji na Portugalskem (53,80). Razlika med najnižjo in najvišjo vrednostjo je 53,10. Standardni odklon je 13,22.

Povprečna smrtnost v prvih 30-ih dneh po hospitalizaciji zaradi infarkta na 100 pacientov v letu 2012, izračunan v 20-ih evropskih državah, znaša 7,66. Najmanjša je na Danskem (3,00), največja v Latviji (14,8). Razlika med najnižjo in najvišjo smrtnostjo v prvih 30-ih dneh po hospitalizaciji zaradi srčnega infarkta na 100 pacientov je 11,80. Standardni odklon je 2,72.

Tabela 2: Razlike med posameznimi spremenljivkami

	<i>N</i>	<i>Povprečje</i>	<i>Std. odklon</i>	<i>Varianca</i>	<i>Sploščenost</i>	<i>Razpon</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>
Umrljivost dojenčkov	23	3,55	1,07	1,15	1,35	4,70	1,60	6,30
MRSA	23	17,07	13,22	174,65	1,52	53,10	,70	53,80
Smrtnost zaradi srčnega infarkta	20	7,66	2,72	7,39	2,75	11,80	3,00	14,80
Izdatki za zdravstvo	23	3092,16	1259,56	1586496,41	-1,42	3932,8	1148,5	5081,30

Povezanost nenadne smrtnosti dojenčkov in izdatkov za zdravstvo:

Ocena korelacijskega koeficienta znaša 0,49, kar pomeni, da je povezanost med nenadno smrtnostjo dojenčkov na 1000 živorojenih dojenčkov in izdatkov za zdravstvo linearno, pozitivno in srednje močno. Ocena determinacijskega koeficienta znaša 0,24. Na podlagi ocenjene vrednosti determinacijskega koeficienta ugotavljamo, da je 24 % variabilnosti nenadne smrtnosti dojenčkov pojasnjena z linearnim vplivom izdatkov za zdravstvo. 76 % variabilnosti vrednosti nenadne smrtnosti dojenčkov ne moremo pojasniti s višino izdatkov za zdravstvo. Na podlagi analize variance (ANOVA) lahko razberemo vrednosti skupne variabilnosti, pojasnjene in nepojasnjene variabilnosti. Vrednost F-testa je 5,71, točna stopnja statistične značilnosti je 0,028. Ker je $p < 0,05$, lahko sprejmemo sklep, da regresijski model statistično značilno napoveduje vrednosti nenadne smrtnosti dojenčkov.

Povezanost pojava MRSA in izdatkov za zdravstvo:

Ocena korelacijskega koeficienta znaša 0,42, kar pomeni, da je povezanost med pojavom MRSA na 100 pacientov in višino izdatkov za zdravstvo linearno, pozitivno in srednje močno. Ocena determinacijskega koeficienta znaša 0,17. Na podlagi ocenjene vrednosti determinacijskega koeficienta ugotavljamo, da je 17 % variabilnosti MRSA pojasnjeno z linearnim vplivom izdatkov za zdravstvo. 83 % variabilnosti vrednosti pojava MRSA ne moremo pojasniti z višino izdatkov za zdravstvo. Vrednost F-testa je 3,81, točna stopnja statistične značilnosti je 0,067. Ker je $p > 0,05$, lahko sprejmemo sklep, da regresijski model statistično značilno ne napoveduje vrednosti pojava MRSA.

Povezanost smrtnosti v prvih 30-ih dneh po hospitalizaciji zaradi srčnega infarkta in izdatkov za zdravstvo:

Ocena korelacijskega koeficienta znaša 0,47, kar pomeni, da je povezanost med smrtnostjo v prvih 30-ih dneh po hospitalizaciji zaradi srčnega infarkta na 100 pacientov in višino izdatkov za zdravstvo linearno, pozitivno in srednje močno. Ocena determinacijskega koeficienta znaša 0,23. Na podlagi ocenjene vrednosti determinacijskega koeficienta ugotavljamo, da je 23 % variabilnosti smrtnosti v prvih 30-ih dneh po hospitalizaciji zaradi srčnega infarkta pojasnjeno z linearnim vplivom izdatkov za zdravstvo. 77 % variabilnosti vrednosti smrtnosti pacientov v prvih 30-ih dneh po hospitalizaciji zaradi srčnega infarkta na 100 pacientov ne moremo pojasniti z višino izdatkov za zdravstvo. Vrednost F-testa je 5,24, točna stopnja statistične značilnosti je 0,034. Ker je $p < 0,05$, lahko sprejmemo sklep, da regresijski model statistično značilno

no napoveduje vrednosti smrtnosti v prvih 30-ih dneh po hospitalizaciji zaradi srčnega infarkta na 100 pacientov, sprejetih zaradi srčnega infarkta.

Pri raziskavi ugotavljamo, ali se nenadna smrt dojenčkov na 1000 živorojenih dojenčkov razlikuje med proučevanimi državami, ki imajo višje izdatke za zdravstvo (1) in državami, ki imajo nižje izdatke za zdravstvo (0), zato smo naredili Levenov test. Točna stopnja značilnosti pri Levenovem testu je 0,011, kar je $<0,05$. To pomeni, da je Levenov test statistično značilen, zato ne moremo sprejeti sklep o enakosti varianc. Vrednost t-testa za dva neodvisna vzorca znaša - 1,60, medtem ko znaša točna stopnja značilnosti 0,135. Ker vrednost točne stopnje značilnosti je $> 0,05$ lahko sprejememo ničelno hipotezo. Trdimo lahko, da se nenadna umrljivost dojenčkov med državami, ki imajo višje izdatke za zdravstvo in državami, ki imajo nižje izdatke za zdravstvo ne razlikuje. Povprečna razlika pri umrljivosti dojenčkov glede na višje ali nižje izdatke za zdravstvo znaša - 0,72. 95 % interval zaupanja za nenadno umrljivosti dojenčkov leži med -1,69 in 0,26 na 1000 živorojenih dojenčkov. Nadalje ugotavljamo moč linearne povezanosti med dvema spremenljivkama, zato izračunamo Pearsonov koeficient korelacije.

Pearsonov korelacijski koeficient za umrljivost dojenčkov je - 0,044, ki pokaže negativno in srednje močno povezanost. Ker je stopnja značilnosti manjša od 0,05, je statistično pomembna in lahko naredimo posplošitve; umrljivost dojenčkov: $\alpha = 0,05 > P = 0,035$.

Pearsonov korelacijski koeficient za pojav MRSA je - 0,032, ki pokaže negativno in srednje močno povezanost. Ker je stopnja značilnosti večja od 0,05, ni statistično pomembna in ne moremo narediti posplošitve; pojav MRSA: $\alpha = 0,05 < P = 0,134$.

Pearsonov korelacijski koeficient za smrtnost po infarktu je - 0,034, ki pokaže negativno in srednje močno povezanost. Ker je stopnja značilnost manjša od 0,05, je statistično pomembna in lahko naredimo posplošitve; smrtnost po infarktu: $\alpha = 0,05 > P = 0,034$.

Tabela 3: Izračun moči linearne povezanosti med dvema spremenljivkama

		Umrljivost dojenčkov	MRSA	Umrljivost po infarktu	Izdatki za zdravstvo
Umrljivost dojenčkov	Pearsonova korelacija	1,00	,07	,53	-,44
	Sig. (2-tailed)		,753	,017	,035
	N	23	23	20	23
MRSA	Pearsonova korelacija	,07	1,00	,17	-,32
	Sig. (2-tailed)	,753		,472	,134
	N	23	23	20	23
Umrljivost po infarktu	Pearsonova korelacija	,53	,17	1,00	-,47
	Sig. (2-tailed)	,017	,472		,034
	N	20	20	20	20
Izdatki za zdravstvo	Pearsonova korelacija	-,44	-,32	-,47	1,00
	Sig. (2-tailed)	,035	,134	,034	
	N	23	23	20	23

4 Razprava

Ugotovitev moči linearne povezanosti dveh spremenljivk nam kaže različno povezanost izdatkov za zdravstvo s posameznimi spremenljivkami:

- nenadna smrt dojenčkov na 1000 živorojenih dojenčkov – negativna povezanost z izdatki za zdravstvo; ker je stopnja značilnosti manjša od 0,05, je statistično pomembna in lahko naredimo posplošitve;
- pojav MRSA - na antibiotik metilicilin odporna bakterija stafilok aureus s tveganjem na 100 pacientov, ki so sprejeti v bolnišnici – negativna povezanost z izdatki za zdravstvo; ker je stopnja značilnosti večja od 0,05, ni statistično pomembna in ne moremo narediti posplošitve;
- smrtnost v prvih 30-ih dneh po hospitalizaciji zaradi srčnega infarkta na 100 pacientov, sprejetih zaradi srčnega infarkta – negativna povezanost z izdatki za zdravstvo, ker je stopnja značilnosti manjša od 0,05, je statistično pomembna in lahko naredimo posplošitve.

Rezultati raziskave kažejo statistično značilno povezanost med izdatki za zdravstvo in dvema kazalcema kakovosti (nenadna smrt dojenčkov na 1000 živorojenih otrok in smrtnost v prvih 30-dneh po hospitalizaciji zaradi srčnega infarkta na 100 pacientov), medtem ko povezanost pojava MRSA z izdatki za zdravstvo ni statistično pomembna in ne moremo narediti posplošitve. Na osnovi rezultatov raziskave postavljeno hipotezo: države, članice EU, ki namenjajo več sredstev za zdravstvo, imajo tudi kakovostnejši zdravstveni sistem, ne potrdimo.

Kljub temu, da smo pri raziskavi dosledno uporabili statistične metode, ki so primerne za tovrstne raziskave menimo, da je pri tako občutljivi temi kot je zdravje in zdravstvo, pri implantaciji zaključkov raziskave potrebno gledati širše:

- kazalec nenadna umrljivost dojenčkov in izdatkov za zdravstvo: bolj pozorna interpretacija teh podatkov zahteva širšo obravnavo; Slovenija ima najnižjo umrljivost dojenčkov med primerjanimi evropskimi državami kljub temu, da je višina izdatkov za zdravstvo pod evropskim povprečjem. Razlogi so širši in presegajo našo raziskavo, npr. zgodovinski, ko je pediatrija v Sloveniji že opredeljena v primarni zdravstveni dejavnosti, kar omogoča boljše dostopnost do pediatra, medtem ko je pediatrija v drugih, bogatejših evropskih državah del sekundarne zdravstvene dejavnosti kar otežuje dostopnost in podaljšuje čas pričetka zdravljenja;
- kazalec pojav MRSA: ugotovljena je najnižja stopnja v skandinavskih državah kljub temu, da le-ti niso v vrhu zagotavljanja finančnih sredstev za zdravstvo. Morda je vzrok v tem, da so v skandinavskih državah s pravočasnim ukrepanjem zdravstvene politike in zdravstvenih delavcev na začetku nastanka in širjenja pojava MRSA, prevzeli stroge ukrepe v zdravstvenih ustanovah; vsakega pacienta, ki je napoten iz dela Evrope južneje od dansko-nemške meje, obravnavajo kot da je okužen z MRSA;
- kazalec smrtnost pacientov v prvih 30-ih dneh po hospitalizaciji zaradi srčnega infarkta (na 100 pacientov, sprejetih zaradi srčnega infarkta) pokaže, da je Danska najuspešnejša evropska država v primerjavi z npr. Nizozemsko, ki nameni več

sredstev za zdravstvo. Morda je vzrok v tem, da je Danska ena od prvih evropskih držav, ki je združila klicne centre (prva pomoč, gasilce in upravljavce cest), pozneje pa združila in razporedila še urgentne medicinske centre po celi državi.

Omejitve naše raziskave so:

- v študijo niso zajete vse države članice EU, ker so posamezne države postopoma pristopile v EU in zaradi tega je baza podatkov še nekompletna,
- kljub temu, da smo podatke dobili iz sigurnih virov (OECD), nismo povsem prepričani, da so podatki zanesljivi,
- različni viri podatkov lahko pomenijo drugačne metode zbiranja podatkov.

Poleg vključenih in obravnavanih kazalcev kakovosti, bi lahko v našo raziskavo zajeli še druge kazalce, ki bi lahko vplivali na našo hipotezo (npr. poraba antibiotikov, zlomi pri hospitaliziranih starostnikih). To pomeni tudi, da so še vedno velike potrebe po nadaljnjih analizah in raziskavah, ki bi pokazali povezanost številnih dejavnikov na zdravje populacije in kakovost zdravstvenega sistema z višino izdatkov za zdravstvo.

LITERATURA

1. Ahtik, M. in Mencinger, J. (2012). *Ekonomika evropske integracije*. Ljubljana: GV Založba.
2. Dornbusch, R. idr. (1999). *Macroeconomisc*. Boston: Irwin Mcgraw-Hill.
3. Erjavec Šuštar, H. in Južnik Rotar, L. (2013). *Analiza podatkov s SPSS*. Celje: Fakulteta za komercialne in poslovne vede.
4. Ferfila, B. idr. (2007). *Ekonomski vidiki javnega sektorja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
5. *Javno zdravje* (2012). *Boljše zdravje za vse državljane EU*. Evropska komisija: Bruselj.
6. Kavčič, B. (1999). *Poslovanje v javnem sektorju*. Novo mesto: Visoka šola za upravljanje in poslovanje.
7. Mainsonneuve, C. in Martins, O. (2013). *Method for Public Health and Long-term care expenditures Economics*. Paris: OECD.
8. Robida, A. (2009). *Pot do odlične zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV.
9. Senjur, M. (2001). *Makroekonomija*. Maribor: Mer Evrocenter.
10. *Setnika Cankar, S. idr. (2008). Ekonomija javnega sektorja s proračunskim financiranjem*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
11. *Tratnik, M. (2002). Osnove raziskovanja v managementu*. Koper: Visoka šola za management.

Informacijsko-komunikacijska tehnologija v delovni terapiji

UDK 615.851.3+004.7

KLJUČNE BESEDE: kronična revmatična bolezen, informacijsko-komunikacijska tehnologija, delovna terapija

POVZETEK - Uporaba informacijsko-komunikacijske tehnologije (IKT) v delovni terapiji naj bi omogočila inovativni pristop pri zagotavljanju programov podpore in izobraževanja uporabnikov s kroničnimi obolenji. Da bi ugotovili razširjenost uporabe IKT, smo izvedli anketo med 224 novo odkritimi bolniki z revmatoidnim artritisom (RA), ki se zdravijo na Interni kliniki Kliničnega oddelka za revmatologijo UKCL. V celoti je bilo izpolnjenih 64 vprašalnikov, kar predstavlja 28 % izbrane populacije. Raziskava je potekala v marcu 2016. Iz pridobljenih rezultatov je razvidno, da 23,4 % bolnikov z RA nikoli ne uporablja interneta. Osebni računalnik jih redno uporablja 48,4 % in pametni telefon 51,6 %. Bolniki, ki uporabljajo osebni računalnik kot komunikacijsko sredstvo, ga v 36,3 % uporabljajo za elektronsko pošto, v 35,4 % za iskanje zdravstvenih informacij ter v preostalem deležu za video klice (13,3 %) in pošiljanje sporočil (15 %). Bolniki, ki uporabljajo pametni telefon, ga v 31,9 % uporabljajo za pogovore, v 26,7 % za pošiljanje sporočil in klice, v 25 % ga uporabljajo za elektronsko pošto, za iskanje zdravstvenih informacij ga uporabljajo v 12,9 % ter 3,4 % za video klice. Potreba po hitri dostopnosti in izmenjavi informacij je najpogostejši razlog za uporabo IKT v zdravstvu, kar pogojuje razvoj e-zdravja. Raziskava je dala odgovor na vprašanje o možnostih uporabe IKT v rehabilitacijskih storitvah na daljavo z vidika delovne terapije.

UDK 615.851.3+004.7

KEY WORDS: chronic rheumatic disease, information and communication technology, occupational therapy

ABSTRACT - The use of information and communication technology in occupational therapy should enable an innovative approach in providing the programmes of support and education of users with chronic diseases. In order to determine the prevalence of the use of ICT, the survey was conducted among 224 newly diagnosed patients with rheumatoid arthritis (RA) treated at the Internal Clinic of the Department of Rheumatology at the University Medical Centre in Ljubljana. There were 64 completed survey questionnaires in total, representing 28% of the selected population. The survey was held in March 2016. From the results obtained it is evident that 23.4% of the patients with RA has never used the Internet. Personal computers are regularly used by 48.4% of the patients and smartphones by 51.6% of them. Patients, who use a personal computer as a communication medium, use it for e-mailing (36.3%), for searching health information (35.4%), and for video calls (13.3%) and messaging (15%). Patients, who use a smartphone, use it for calls (31.9%), for messaging and calls (26.7%), for e-mailing (25%), for searching health information (12.9%) and for video calls (3.4%). The need for rapid access and exchange of information is the main reason for the use of ICT in health care, which is conditional for the development of e-health. The survey gave an answer to the question about the possibilities of using ICT in rehabilitation services at a distance from the perspective of occupational therapy.

1 Teoretična izhodišča

Revmatične bolezni so dolgotrajne, navadno počasi napredujoče kronične bolezni. Nastanejo zaradi različnih, še ne povsem razjasnjenih zunanjih in notranjih telesnih dejavnikov. Kronične revmatične bolezni se lahko pojavijo že v mladosti ali celo v otroštvu. Težave s sklepi in bolečine v mišicah spadajo med revmatične težave, ki so pogost spremljevalec starejših ljudi, saj nekatere oblike prizadenejo tudi do 80

odstotkov te populacije. Na razvoj revmatičnih bolezni v marsičem vplivajo socialni in okoljski dejavniki, pri čemer so pojavljajo velike razlike glede bremena teh dejavnikov, njihovega preprečevanja in obvladovanja.

Revmatoidni artritis (v nadaljevanju RA) je ena najpogostejših kroničnih vnetnih bolezni, ki prizadene vezivno tkivo in sklepe ter številne druge organe. Bolezen je avtoimunske narave, kar pomeni, da telo samo izdeluje protitelesa, ki napadejo telesu lastna tkiva. Poleg gibal je lahko prizadeto celo telo: koža, mišice, čutila, živčevje in notranji organi. Kronične revmatične bolezni se lahko pojavijo že v mladosti ali celo v otroštvu (Praprotnik, 2011).

RA samo v Evropi prizadene več kot tri milijone ljudi in je ena izmed najpogostejših avtoimunskih bolezni ter glavni vzrok kroničnih bolečin. RA ima poleg zdravstvenih tudi hude ekonomske posledice, saj lahko prizadene ljudi na vrhuncu njihove kariere, ki so zaradi napredovanja bolezni prisiljeni opustiti delo. Zaradi zmanjšanja produktivnosti ima finančni vpliv na gospodarstvo, saj povzroča nižje prihodke in večjo porabo sredstev za javno zdravstvo. Kljub naštetemu je bolezen v javnosti še vedno prezrta (Kolarič, 2012).

Preplet simptomov, krhkost, kompleksnejše zdravljenje in psihosocialne potrebe bolnikov z več kroničnimi boleznimi imajo za posledico (Ministrstvo za zdravje RS, 2015a):

- večje število stikov z zdravstveno službo, zahtevnejšo in daljšo zdravstveno obravnavo;
- potrebo po uvedbi stalne funkcije koordinatorja obravnave (case manager), ki bo bolnika usmerjal in mu svetoval;
- potrebo po bolj celovitih znanjih, povezanih s kompleksnejšo obravnavo, vključno z ureditvijo dolgotrajne oskrbe;
- večje stroške zdravljenja in tudi večje stroške psihosocialne obravnave;
- potrebo po sodelovanju s socialno službo zaradi urejanja socialnih potreb;
- večjo rabo raznolikih zdravil v istem času pri isti osebi (polifarmacija) in potrebo po obvladovanju interakcij med zdravili.

Zdravljenje bolnikov z RA se obravnava multidisciplinarno in timsko. Multidisciplinarni tim poleg obolelega in njegovih ožjih sorodnikov sestavljajo revmatologi, fizioterapevti, delovni terapevti, medicinske sestre, ortopedi, socialni delavci, psihologi, farmacevti, dietetiki in po potrebi tudi ostali strokovnjaki. Uspešno sodelovanje in komunikacija med člani tima je osnova za spremljanje in nadzor bolezni, blaženje bolečin, vzdrževanje ravni delovanja in kakovosti življenja obolelega (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2009).

Meje med rehabilitacijo in drugimi oblikami oskrbe niso vedno jasne in se včasih prekrivajo. Glavni cilj rehabilitacije je izboljšanje funkcioniranja. Če za bolnika skrbimo zaradi akutnega stanja, je to akutno hospitalno zdravljenje, čeprav vključuje elemente rehabilitacije. Če ima bolnik motnje delovanja, ki jih ni mogoče obvladati in mu večinoma pomagamo le z bolniško nego in pomočjo pri dnevnih aktivnostih, se to imenuje bolniška nega. Rehabilitacija se praviloma začne, ko je odgovornost za

oskrbo zaupana rehabilitacijskemu timu, in konča, ko je doseženo možno izboljšanje funkcioniranja (Ministrstvo za zdravje RS, 2015a).

Pojem rehabilitacije WHO definira kot »uporabo vseh sredstev, namenjenih zmanjšanju prizadetosti in oviranosti ter usposabljanju ljudi z zmanjšano zmožnostjo za kar najboljšo socialno integracijo.« Med »vsa sredstva« uvršča tudi sodobne storitve za zdravje in oskrbo na daljavo, ki temeljijo na uporabi informacijsko-komunikacijske tehnologije (IKT) (World Health Organization [WHO], 2012; cit. po Rudel in Burger, 2013, str. 105).

Svetovno združenje delovnih terapevtov (ang. World Federation of Occupational Therapists - WFOT) definira delovno terapijo kot stroko, ki promovira zdravje in dobro počutje skozi okupacijo (World Federation of Occupational Therapists [WFOT], 2009). Delovni terapevti se osredotočajo na vprašanje: »Zakaj ima neka oseba težave v izvedbi vsakodnevnih aktivnosti in kaj lahko naredijo, da ji omogočijo boljšo in lažjo izvedbo aktivnosti in s tem prispevajo k boljšemu zdravju in dobremu počutju?« V delovni terapiji se sodobni modeli delovnoterapevtske obravnave nenehno razvijajo in vpeljujejo v klinično prakso. Modeli so zasnovani na dinamični, vzajemni in medsebojno odvisni povezanosti osebe, dejavnosti in okolja. Usmerjeni so v izvedbo aktivnosti in sodelovanje, upoštevajoč posameznika z vidika njegovih življenjskih vlog in vpliva okolja na izid obravnave (Mallinson in Fischer, 2010).

Za razvoj stroke je pomembno nastajanje novega znanja, ki nastaja z njegovim raziskovanjem neposredno v praksi, kjer se v koncept združita teorija in praksa. V svetu se je uveljavila telerehabilitacija kot mehanizem zagotavljanja celovite oskrbe tako v domačem kot kliničnem okolju bolnika (uporabnika). Telerehabilitacija je zagotavljanje rehabilitacijskih storitev na daljavo z uporabo IKT, pri čemer sta ponudnik storitve in njen uporabnik med seboj krajevno in/ali časovno ločena (Rudel in Burger, 2013).

Številne študije potrjujejo, da je uporaba telerehabilitacije učinkovita pri storitvah, ki vključujejo ocenjevanje otrok in mladostnikov, nevroloških bolnikov in kronično bolnih (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2010).

Delovni terapevti se pri delu z osebami, ki imajo revmatične bolezni, pogosto srečujejo s specifičnimi težavami, ki vplivajo na njihovo samostojnost in kakovost življenja. Prepoznavanje posameznikovih problemov ter načrtovanje in izvajanje delovne terapije je v primeru kroničnih težav zelo specifično in čedalje bolj nakazuje na potrebo po prenosu rehabilitacije tudi v bolnikovo domače okolje. Pri tem je treba upoštevati, da interesi in stališča bolnikov do celostnega zdravljenja iz različnih razlogov niso vedno v skladu z zmožnostmi zdravstvene dejavnosti. Ena od rešitev za slovenski zdravstveni sistem, ki bi razbremenila zdravstveno blagajno, so telerehabilitacijske storitve za zgodnjo oziroma podaljšano rehabilitacijsko obravnavo (Rudel in Burger, 2013).

Dostop bolnikov do ustrezne oskrbe in zdravljenja, vključno z izčrpnim nadaljnjim spremljanjem in dostopom do inovativnih oblik zdravljenja in rehabilitacije, so nujni elementi, od katerih bo imela koristi celotna družba in bodo zmanjšali breme in stroške RA (De Croon, Slviter, Nijssen, Dijkmans, Lankhorst in Frings-Dresen, 2004).

E-zdravje (ang. E-Health) je po definiciji uporaba IKT skozi celo vrsto funkcij, ki vplivajo na zdravstveno oskrbo, od diagnoze do nadaljnjega spremljanja bolezni in ukrepanja glede tega (Silber, 2003).

2 Metoda

Pri prepoznavanju uporabe informacijsko-komunikacijska tehnologija v delovni terapiji je bila uporabljena deskriptivna metoda s študijem domače in tuje literature v podatkovnih bazah COBISS, Google Učenjak, MEDLINE (Pub Med, OT seeker) ter literaturo s področja delovne terapije, telerehabilitacije in revmatologije. Pri iskanju literature so bile uporabljene ključne besede kronična revmatična bolezen, informacijsko-komunikacijska tehnologija, delovna terapija, eZdravje, telerehabilitacija, objavljena od leta 2003 dalje.

3 Rezultati

Po podatkih Evropskega centra za socialno politiko in raziskave za leto 2014 se prebivalstvo v Sloveniji hitro stara; posledično se bo delež ljudi, starejših od 65 let, v času od leta 2010 do 2060 dvignil s 17,4 odstotkov na 29,5 odstotkov skupnega prebivalstva. Delež starejših od 80 let se bo skoraj potrojil na 12 odstotkov. Delež zasebnih virov v skupni porabi za dolgotrajno oskrbo narašča, med letoma 2005 in 2012 se je dvignil za 7,3 odstotkov, skupna poraba v enakem obdobju pa se je povečala za 4,1 odstotka. Delno je to posledica naraščajočih potreb starajoče populacije, delno pa posledica zaostajanja prebivalstva v zdravi življenjski dobi in varčevalnih ukrepov. Iz analize zdravstvenega sistema v Sloveniji za leto 2015 je razvidno, da je financiranje dolgoročne oskrbe rastoč problem, ki zahteva dodatno financiranje (Ministrstvo za zdravje RS, 2015b).

Hkrati s starostjo se povečuje tudi število ljudi s funkcionalnim upadom oz. nezmožnostjo ali onemoglostjo. Pri osnovnih dnevnih aktivnostih, kot sta na primer oblačenje in priprava obrokov, bi v Sloveniji pomoč potrebovalo 20 odstotkov starejših od 70 let in 28 odstotkov starejših od 85 let (SURS, 2016).

S starostjo se zmožnosti za obvladovanje okolja in vsakodnevne aktivnosti zmanjšujejo. Breme povečanih potreb po zdravstvenih storitvah zaradi oviranosti posameznika in zmanjšane zmožnosti uspešno rešuje rehabilitacija, ki jo WHO definira kot sredstva, ki so namenjena zmanjšanju prizadetosti in oviranosti ter usposabljanju ljudi za boljšo socialno integracijo (Ministrstvo za zdravje RS, 2009).

K povečevanju bremena kroničnih bolezni in znanih dejavnikih tveganja za revmatične bolezni prispeva tudi staranje prebivalstva. V EU je bilo leta 2010 26 odstotkov prebivalcev starejših od 65 let, leta 2020 pa naj bi bilo starejših že več kot 30 odstotkov. Čeprav študije kažejo, da se poleg življenjske dobe podaljšuje tudi čas zdravega življenja, starejši od 65 let zagotovo vseh preostalih let življenja ne bodo preživeli v

polnem zdravju. Pričakovano trajanje življenja je v Sloveniji preseglo 80 let in je eno leto nad povprečjem EU ob tem, da visoko izobraženi prebivalci živijo dlje in v boljšem zdravstvenem stanju kot prebivalci z najnižjo stopnjo izobrazbe (Statistični urad RS [SURS], 2016).

Evropska komisija ocenjuje, da se bodo stroški, povezani z zdravstvenim varstvom, zvišali med 1,2 in 1,9 odstotne točke BDP do leta 2060 (s 5,7 % BDP v letu 2013 na od 6,8 % do 7,5 % BDP v letu 2060). Poleg tega se bodo izdatki za dolgotrajno oskrbo zvišali z 1,42 % BDP v letu 2013 na od 3,0 % do 4,1 % BDP v letu 2060 (WHO, 2014; SURS, 2016).

S slovensko strategijo razvoja »eZdravje 2010« so bili postavljeni temelji za vzpostavitev osnovne informacijske infrastrukture zNET (varno zdravstveno omrežje) in integracijo informacijskih sistemov v celovit e-zdravstveni sistem na nacionalni ravni s posebnim poudarkom na vzpostavitvi enotnega zdravstvenega informacijskega portala zVEM (zdravstvene storitve na spletu), prek katerega bodo dostopne različne e-storitve. Nacionalni projekt eZdravje z učinkovito obliko elektronskih rešitev prinaša večjo varnost in kakovost izvajanja zdravstvenih storitev. Sistemska izvedba vseh podprojektov eZdravja se je začela v letu 2008, leta 2011 pa je bil na Ministrstvu za zdravje ustanovljen tudi sektor eZdravje, ki je pospešil načrtovanje, izvedbo, pilotne projekte in uvajanje rešitev v zdravstveni sistem. Danes v okviru eZdravja že deluje 17 aplikacij, ki so vse uspešno prestale pilotne faze in se postopoma širijo v uporabo po celi Sloveniji (Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ], 2015).

Prva aplikacija na področju revmatologije je RheumaHelper (RA Helper), ki je aplikacija za pametne telefone, namenjena bolnikom z RA. Aplikacija omogoča novim bolnikom zdravljenje do cilja - remisije, ko bolezen skoraj ni čutiti in je ustavljeno njeno napredovanje. Pri bolnikih, ki imajo bolezen že več let in remisije ni mogoče doseči, pa je cilj nizko aktivna bolezen. RA Helper omogoča lažje spremljanje aktivnosti bolezen in prilagajanje zdravljenja, da se doseže cilj. Aplikacija vsebuje podatke o vrednosti aktivnosti bolezen, pregledu, zdravilih, laboratorijskih izvidih in opomnik (Triglav, 2015; Tomšič, 2015).

Razširjenost mobilnih telefonov ustvarja priložnosti za promocijo zdravja in aktivnega staranja. Uporaba IKT vključuje enostavne naprave (npr. različni senzorji, opomniki, pedometri) do kompleksnih sistemov (npr. eZdravja). Zaradi razširjene uporabe pametnih telefonov med starejšimi, predstavljajo mobilni telefoni odlično priložnost za širjenje podpornih tehnologij, ki povezujejo področja osebne varnosti, zdravstvene oskrbe, dostop do različnih oblik socialne podpore in mobilnosti (npr. določanje posameznikove lokacije).

4 Razprava

V Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 (World Health Organization [WHO], 2008) se med prednostna razvojna področja zdravstvene de-

javnosti uvrščajo informacijska tehnologija in njena uporaba za celovito obravnavo bolnikov, informatizacija zdravstvenega sistema ter razvoj telemedicine.

V dokumentu »Telerehabilitation position paper« (Wakeford, Wittman, White in Schmeler, 2005) sta bili med prvimi predstavljeni telerehabilitacija in telerehabilitacijska tehnologija s storitvami, ki temeljijo na predhodnih raziskavah. Dokument obravnava raziskave in vprašanja v zvezi z vrednotenjem, posredovanjem, spremljanjem, strokovno usposobljenostjo, stroški in etiko telerehabilitacijskih storitev.

Cason (2012) opisuje možnosti uporabe modela telezdravja kot modela za zagotavljanje storitev delovne terapije na področjih oskrbe otrok in mladostnikov, produktivnega staranja, zdravja in dobrega počutja, duševnega zdravja, rehabilitacije in promocije zdravja na delovnem mestu. Model vključuje tako telemedicino kot telerehabilitacijo in se nanaša na uporabo elektronskih informacij in telekomunikacijskih tehnologij za zagotavljanje zdravstvenih storitev na daljavo.

Ministrstvo za zdravje je v enem od svojih dveh izvršnih dokumentov definiralo tudi podprojekte, med katerimi so tudi storitve za zdravje na daljavo (telemedicinske storitve), celostna oskrba bolnikov v domačem okolju in telerehabilitacija (Rudel in Burger, 2013).

Pri vključitvi telerehabilitacije v delovnoterapevtski proces gre nedvomno za inovacijo v procesu razvoja stroke. »Razumevanje inoviranja in inovacij je odvisno od zaznavanja in vrednotenja teh v družbeno-ekonomskem okolju, torej od tega, kakšen je prevladujoč odnos družbe do ustvarjalnosti, inventivnosti, inovativnosti, prevzemanja tveganj in kulture inoviranja.« (Fatur in Likar, 2009, str. 13).

Model telerehabilitacijskih storitev se izvaja pri bolniku doma z uporabo IKT na ravni informacijsko-telekomunikacijske infrastrukture s strežnikom in prilagojenimi vmesniki in na ravni ponudnika storitev telerehabilitacije s strokovno in tehnično podporo. Telerehabilitacija bi se izvajala zunaj terciarne ustanove v bolnikovem domačem okolju, vendar pod njenim nadzorom. Prednosti telerehabilitacijskih storitev so naslednje (Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT], 2011):

- stroškovna učinkovitost (po podatkih CAOT so se stroški »obiskov na domu« znižali za 25 odstotkov v primerjavi z običajnimi obiski terapevtov na domu);
- odprava stroškov, povezanih z obiskom v instituciji;
- odprava neenakosti pri zagotavljanju storitve (geografska oddaljenost);
- pravočasna koordinacija storitve (ob odpustu iz zdravstvene ustanove), spremljanje bolnika in njegovih svojcev pri doseganju zastavljenih ciljev samooskrbe, prostega časa in produktivnosti (npr. paliativa v domačem okolju);
- ohranjanje samostojnosti in dobrega počutja v domačem okolju (varnost starostnika, oskrba s pripomočki).

V Sloveniji še nimamo vzpostavljenega sistema za vzpostavitev rehabilitacijskih storitev na daljavo (telerehabilitacije), vendar se pojavljajo posamezni raziskovalni projekti in pobude na tem področju (Cikajlo, Rudolf, Goljar, Burger in Matjačić, 2012).

Iz resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025 (ResNPZV 2015–2025) je razvidno, da naraščajoči delež starih ljudi predstavlja izziv za sistem

zdravstvenega in socialnega varstva. Resolucija v nadaljevanju navaja prednostna področja: zdrav življenjski slog (področje prehranske politike, vzpodbujanja telesne dejavnosti, področje nadzora nad tobakom, preprečevanje škode zaradi uživanja alkohola, področje obvladovanja problematike prepovedanih drog), duševno zdravje in preprečevanje samomora, preprečevanje poškodb, obvladovanje kroničnih nenalezljivih in nalezljivih bolezni ter zmanjševanje tveganj in izboljšanje kakovosti življenja aktivne populacije tudi v delovnem okolju. Zdravstvena dejavnost bo sledila predvidenim demografskim spremembam in epidemiološkemu prehodu, ki prinaša povečano obolevnost za kroničnimi boleznimi. Staranje prebivalstva bo imelo za posledico povečanje povpraševanja po zdravstvenih storitvah, tudi ob nespremenjenih stopnjah novih pojavov bolezni (Ministrstvo za zdravje RS, 2015a).

Z uresničevanjem informatizacije zdravstvenega sistema si slovensko zdravstvo zagotavlja možnosti za kakovostno in strokovno delo z bolniki, hitro in varno upravljanje zdravstvenih informacij, nadaljnji razvoj zdravstvenega sistema ter njegovo enakovredno in konkurenčno vključevanje v evropski prostor.

Razvoj telerehabilitacije v Sloveniji pogojuje informatizacija slovenskega zdravstvenega sistema s projektom eZdravje. Proces informatizacije je izziv za vse nosilce zdravstvenega sistema v Sloveniji: Ministrstvo za zdravje, zdravstvene delavce oziroma zdravstvene sodelavce, zdravstvene zavode in druge izvajalce zdravstvene dejavnosti, plačnike zdravstvenih storitev in druge institucije na področju zdravstvenega varstva (Informatica Medica Slovenica, 2010).

LITERATURA

1. American Occupational Therapy Association (AOTA) (2009). Guidelines for supervision, roles, and responsibilities during the delivery of occupational therapy services. *American Journal of Occupational Therapy*, 63, 797–803.
2. American Occupational Therapy Association (AOTA) (2010). Telerehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*, 64, 92–102.
3. Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) (2011). CAOT position statement telehealth and tele-occupational therapy: Report. Pridobljeno 15. 2. 2016, s <http://www.caot.ca/pdfs/telehealthPS.pdf>.
4. Cason, J. (2012). Telehealth Opportunities in Occupational Therapy Through the Affordable Care Act. *American Journal of Occupational Therapy*, 66, 131–136. Pridobljeno 3. 2. 2016, s <http://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1851550>.
5. Cikajlo, I., Rudolf, M., Goljar, N., Burger, H. in Matjačić, Z. (2012). Telerehabilitation using virtual reality task can improve balance in patients with stroke. *Disability and Rehabilitation*, 34 (1), 13–18.
6. Fatur, P. in Likar, B. (2009). Ustvarjalnost zaposlenih za inovativnost podjetja: Sistemski vidiki managementa idej kot gradnika uspešne organizacije. Pridobljeno 27. 1. 2016, s <http://www.fm-kp.si/zalozba/ISBN/978-961-266-059-8.pdf>.
7. Kolarič, B. (2012). Zdravljenje bolečine pri revmatoidnem artritisu. *Farmaceutski Vestnik*, 63 (4), 40–43.
8. Mallinson, T. in Fischer, H. (2010). Rehabilitation research. *American Journal of Occupational Therapy*, 64 (3), 506–514.

9. Ministrstvo za zdravje RS. (2015a). Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015-2025 (ResNPZV 2015-2025). Pridobljeno 19. 2. 2015, s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/PPT_13.6_Resolucija/ResNPZV.pdf.
10. Ministrstvo za zdravje RS. (2015b). Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji: Ocena financiranja zdravstva. Končno poročilo, Oktober 2015. Pridobljeno 17. 3. 2016, s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/04022016_porocila_SL/Report_Evaluating_health_financing_Slovenia_FINAL_FORMATTED_29_OCT_2015_SLO3_ver1.pdf.
11. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2015). e-Zdravje. Pridobljeno 25. 11. 2015, s <http://www.ezdrav.si/ezdravje/>.
12. Praprotnik, S. (2011). Revmatoidni artritis. V M. Košnik (ur.), *Interna medicina*. (str. 1421–1432). Ljubljana: Littera picta: Slovensko medicinsko društvo.
13. Rudel, D. in Burger, H. (2013). Telerehabilitacija v celostni rehabilitaciji pacientov. *Rehabilitacija*, 12 (1), 104111. Pridobljeno 13. 3. 2015, s <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-UYQJFAIG/?query=%27keywords%3dTelerehabilitacija+v+celostni+rehabilitaciji+pacientov%27&pageSize=25>.
14. Silber, D. (2003). The case for e-Health. European Institution of Public Administration. Pridobljeno 24. 2. 2016, s http://www.eipa.eu/files/repository/product/2003_E_01.pdf.
15. Statistični urad Republike Slovenije. (2016). Prebivalstvo. Pridobljeno 21. 2. 2016, s <http://www.stat.si/StatWeb/pregled-podrocja?idp=17&headerbar=15>.
16. Triglav, B. (2015). Uporaba mobilnega registra zdravil za poročanje neželenih učinkov zdravil in preverjanje interakcij med zdravili. V M. Gams, Z. Pirtošek in R. Trobec (ur.), *Informacijska družba IS-2015*. (str. 117–118). Ljubljana: Inštitut Jožef Stefan. Pridobljeno 14. 2. 2016, s <http://is.ijs.si/zborniki/!%20G%20-%20Delavnica%20EMZ%20-%20ZBORNIK.pdf>.
17. Wakeford, L., Wittman, P. P., White, M. W. in Schmeler, M. R. (2005). Telerehabilitation position paper. *American Journal of Occupational Therapy*, 59 (6), 656–660.
18. World Health Organization. (2008). Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (ReNPZV). Pridobljeno 19. 2. 2016, s http://www.who.int/medical_devices/survey_resources/health_technology_national_policy_slovenia.pdf.
19. World Health Organization. (2014). Zdravje 2020 -Temeljna evropska izhodišča za vsevladno in vsedružbeno akcijo za zdravje in blagostanje. Pridobljeno 3. 3. 2016, s <http://czr.si/files/zdravje-2020.pdf>.

Vloga zaposlenih v sistemu ravnanja z zdravstvenimi odpadki v domovih za starejše

UDK 364-54-053.9:628.4

KLJUČNE BESEDE: domovi za starejše, odpadki iz zdravstva, ločevanje odpadkov, zaposleni

POVZETEK - Odpadki iz zdravstva predstavljajo tveganje za prenos okužb oziroma za poškodbe, tako bolnikov kot zaposlenih v zdravstveni dejavnosti. Zato je ustrezno ravnanje z njimi pomemben vidik učinkovitega sistema obvladovanja okužb v zdravstvenem in socialnem varstvu. V raziskavi smo obravnavali problem, ki ga imajo domovi starejših občanov na področju ravnanja z odpadki iz zdravstva, predvsem zaradi različnega razumevanja zakonodaje in strokovnih usmeritev. Cilj raziskave je bil določiti dejavnike, ki vplivajo na pravilno oz. nepravilno ravnanje zaposlenih z odpadki iz zdravstva. S pomočjo kvalitativne in primerjalne študije smo na modelu petih domov starejših občanov v Sloveniji prikazali vlogo zaposlenih in preučili vzorce podobnosti in razlikosti sistema ločevanja odpadkov iz zdravstva. Ugotovljamo, da so glavni vzroki za težave pri ravnanju zaposlenih z odpadki iz zdravstva naslednji: slaba organizacijska kultura domov starejših občanov, dvoumna zakonodaja, nezadostno znanje zaposlenih, nejasna navodila in slabo sprejemanje odgovornosti vpletenih v sistem ravnanja z odpadki. Ugotovitve raziskave lahko služijo kot osnova za pripravo smernic za vzpostavitev učinkovitega sistema ravnanja z odpadki v zdravstveni dejavnosti socialnih zavodov in kot priporočilo za pripravo novih predpisov.

UKC 364-54-053.9:628.4

KEY WORDS: residential care homes, healthcare waste, waste sorting, employees

ABSTRACT - Healthcare waste poses risks for infections or injuries of patients and healthcare employees alike. Adequate management is thus an important aspect of an effective infection management system in both health care and social security. This research deals with the issue that residential care homes for older people have been encountering in terms of healthcare waste management, especially because of different interpretations of the legislation and expert guidelines. The goal was to pinpoint the factors affecting employees' adequate or inadequate handling of healthcare waste. Based on a qualitative and comparative study involving five Slovene residential care homes, we looked into the role of their employees and examined any similarities and differences in the healthcare waste management system. Our findings indicate that the main reasons for the issues related to employees and their handling of healthcare waste are: poor organisational culture of residential care homes, ambiguous legislation, limited knowledge of employees, unclear instructions, poor responsibility of the people involved in waste management. The research findings can serve as the basis for developing guidelines on how to establish an effective healthcare waste management system for social institutions, and as a recommendation for new rules.

1 Teoretična izhodišča

Največ težav v procesu ravnanja z odpadki iz zdravstva opazamo pri ločevanju odpadkov in uporabi ustrezne embalaže. Posledica je povečanje količin mešanih komunalnih odpadkov, med katere so primešani nevarni zdravstveni odpadki, ki zaradi tega predstavljajo nevarnost za okolje in človekovo zdravje (Department of health, 2013). Ustrezno in varno ravnanje z odpadki iz zdravstva je pomemben dejavnik učinkovitega obvladovanja in preprečevanja bolnišničnih okužb. Domovi starejših občanov so s tega vidika zelo specifični objekti. Zdravstvena dejavnost se na primarnem nivoju v domovih opravlja na ravni dveh izvajalcev; zdravstveni domovi izvajajo zdravljenje

v domskih ambulantom in ob posteljah stanovalcev, domovi starejših občanov pa za svoje stanovalce izvajajo tudi zdravstveno nego in oskrbo (Leskovic, 2000).

Tekom let so se odpadki, nastali pri zdravstveni negi in zdravljenju v domovih starejših občanov, zbirali različno, v skladu z veljavnimi predpisi. Do sprejetja Pravilnika o ravnanju z odpadki ki nastajajo v zdravstveni dejavnosti so se vsi odpadki, ki nastanejo pri zdravstveni negi uvrščali med komunalne odpadke (Navodilo, 1995).

V letu 2004 so se začele uporabljati določbe Pravilnika o ravnanju z odpadki, ki nastanejo pri opravljanju zdravstvene dejavnosti in z njo povezanih raziskav. Vsi odpadki, ki so nastali v procesu zdravstvene nege in oskrbe, so se označili kot zdravstveni odpadki in nadalje razdelili med nenevarne zdravstvene odpadke ali nevarne – infektivne odpadke, če so nastali pri stanovalcu z dokazano okužbo (Tabela 1) (Pravilnik, 2004).

Štiri leta pozneje, po sprejetju nove Uredbe o ravnanju z odpadki, ki nastanejo pri opravljanju zdravstvene in veterinarske dejavnosti in z njo povezanih raziskav, pa se ti odpadki ponovno uvrščajo med komunalne odpadke oziroma se material, ki nastane pri zdravstveni negi okuženega bolnika zbira med nenevarne ali nevarne odpadke iz zdravstva, odvisno od pripravljenih internih navodil o ravnanju z odpadki iz zdravstva (Tabela 1). Povzročitelju odpadkov ni treba več pripraviti načrta gospodarjenja z odpadki iz zdravstva, pripravi ga le zdravstveni dom, ki izvaja zdravljenje v domski ambulanti (Uredba, 2008), ker po zahtevah Uredbe odpadki, ki nastajajo v ambulanti, spadajo med zdravstvene odpadke.

Tabela 1: Uvrščanje odpadkov, ki nastanejo pri zdravstveni negi stanovalca v domovih starejših občanov – glede na spremembe predpisov

<i>predpis</i>	<i>plenice, zaščitni material za enkratno uporabo</i>	<i>preveze, gaze, tamponi, različne cevke,</i>	<i>material, ki nastane pri zdravstveni negi okuženega bolnika</i>
Navodilo o ravnanju z odpadki pri opravljanju zdravstvene dejavnosti (Ur. l. RS, št. 90/95)	komunalni odpadki	komunalni odpadki	nevarni–infektivni odpadki
Pravilnik o ravnanju z odpadki, ki nastanejo pri opravljanju zdravstvene dejavnosti in z njo povezanih raziskav (Ur. l. RS, št. 47/04)	nenevarni zdravstveni odpadki	nenevarni zdravstveni odpadki	nevarni–infektivni odpadki
Uredba o ravnanju z odpadki, ki nastajajo pri opravljanju zdravstvene dejavnosti in veterinarske dejavnosti in z njo povezanih raziskav (Ur. l. RS, št. 89/2008)	komunalni odpadki	komunalni odpadki	nevarni infektivni odpadki ali nenevarni–neinfektivni odpadki (odgovorna oseba po načelu »verige okužbe« identificira odpadek)

Domovi starejših občanov so tako v skladu s spremembami zakonodaje na področju ravnanja z zdravstvenimi odpadki, pripravljali vsak svoj model, ki se je razlikoval od doma do doma.

1.1 Pomen ločenega zbiranja odpadkov in vrste odpadkov v zdravstveni dejavnosti

Ločeno zbiranje odpadkov na viru je pomembna faza gospodarjenja z odpadki, katere učinkovitost je odvisna od celotnega sistema tehničnih rešitev, pa tudi od ekološke ozaveščenosti zaposlenih. Po direktivi o odpadkih Evropske unije (Directive, 2008/98/EC) bo treba do leta 2020 kar polovico odpadkov reciklirati ali znova uporabiti, zato je nujno že na mestu nastanka ločiti več kot polovico odpadkov.

Zaposleni, ki so izpostavljeni tveganju ob neustreznem ravnanju z odpadki, ki nastajajo v zdravstveni dejavnosti so zdravniki, medicinske sestre, bolničarke, čistilno osebje, delavci v pralnici in transportno osebje ter ne nazadnje tudi uporabniki zdravstvenih storitev in širša okolica. Zaposleni morajo zato dobiti jasna navodila in informacije o pravih postopkih ravnanja s to vrsto odpadkov. Kot kažejo raziskave, so težave zdravstvenega osebja ob ločevanju povezane predvsem z dojemanjem tveganja povezanega z nevarnimi odpadki in pomanjkljivim znanjem o pomembnosti ločevanja odpadkov (Ferreira in Teixeira, 2010).

Sanjeev, Kuruvilla, Subramaniam in Prashant (2014) ugotavljajo, da kljub navodilom in osnovnemu znanju, ki so ga zdravstveni delavci pridobili na fakulteti, prihaja do težav pri ločevanju odpadkov v praksi. Večina anketirancev (97 %) v omenjeni raziskavi v meni, da je njihovo znanje s fakultete neustrezno in so zelo zainteresirani za nadaljnja usposabljanja. Raziskava je hkrati pokazala tudi to, da dinamičen sistem ravnanja z odpadki deluje le pod pogojem, če stebri znanja, odnosa in prakse medsebojno dobro delujejo in se dopolnjujejo.

2 Metode

V raziskavi smo uporabili kvalitativni in kvantitativni raziskovalni pristop in različne tehnike zbiranja podatkov (metoda triangulacije). Izbrali smo zaporedni način kombiniranja, kjer smo najprej dokončali en raziskovalni pristop in eno tehniko, nato smo začeli z drugo. Najprej smo pridobili podatke z intervjujem zaposlenih doma starejših občanov (v rezultatih omenjen kot dom številka 3) in na podlagi rezultatov intervjujev oblikovali vprašalnik za nadaljnje raziskovanje. Tako smo s pomočjo anketnega pristopa - kot univerzalnega dostopa v primerjalnem družboslovju (Toš in Muller, 2011) za doseg cilja preučili naše enote, to je že omenjeni dom številka 3 in dodatne štiri domove starejših občanov.

Kot vzorec za kvalitativno raziskovanje smo izbrali zaposlene v domu starejših občanov številka 3, ki neposredno izvajajo zdravstveno nego (dve bolničarki in srednja medicinska sestra), in osebo, ki izvaja nadzor nad izvajanjem zdravstvene nege (glavna medicinska sestra). To so tipična delovna mesta, od katerih je odvisna uspešnost procesa ravnanja z odpadki iz zdravstva. Glede na predhodno znanje in izkušnje smo oblikovali mrežo okvirnih tem/vsebin. Iz mreže okvirnih tem smo izpeljali vprašanja in namen le-teh. Glavna značilnost analize je bila oblikovanje zbirke kategorij, v katere smo uvrstili pomene dobljenih podatkov (Vogrinc, 2008).

Podatke, pridobljene v okviru kvalitativne analize smo dopolnili s podatki, ki smo jih dobili s preučevanjem dodatnih štirih domov starejših občanov. Anketni vprašalnik smo poslali glavnim sestram petih domov starejših občanov, s pripisom, da ga izpolnijo njihovi zaposleni (N = 10 v vsakem domu), ki delajo v procesu zdravstvene nege in oskrbe (srednje medicinske sestre, bolničarke in strežnice), in zaposleni, ki so odgovorni za nadzor in pripravo izobraževanj. S pomočjo primerjalne analize (uporaba tabel) smo prikazali podobnosti in razlike med domovi. Uporaba majhnega vzorca nam je v tem primeru prišla prav, saj je primerjalna analiza »najboljša strategija, kadar imamo preveč primerov za bolj poglobljeno, podrobnejše preučevanje posameznega primera, toda premalo za kvantitativno analizo« (Ragin, 1994).

3 Rezultati

Za zagotavljanje varnosti ločevanja odpadkov iz zdravstva, mora proces dela potekati po standardiziranih postopkih. Zaposlenim je potreba pojasniti vpliv nepravilnega ravnanja z odpadki in hkrati poudariti njihovo odgovornost za pravilno ločevanje ter dejstvo, da s tem ustrezno zaščitijo ne samo sebe, ampak tudi paciente, sodelavce in širšo okolico. Zaposleni morajo imeti po končanem usposabljanju dovolj znanja, da so sposobni identificirati nevarnosti in jih znajo obvladovati. Opredeliti je treba kje sistem ločevanja odpadkov poteka dobro in kje ga je potrebno izboljšati (Chartier idr., 2014). V raziskavi smo želeli ugotoviti zakaj, prihaja do napačnega ločevanja odpadkov, nastalih pri izvajanju zdravstvene nege stanovalcev v domovih starejših občanov. Ali zaposleni menijo, da imajo dovolj znanja pri tem delu, in ali ima morda glavna sestra, ki nadzoruje delo zaposlenih, kakšen vpliv na izvajanje učinkovitega sistema ravnanja z odpadki. Hkrati pa nas je zanimalo tudi, ali sploh razumejo obstoječa navodila o ravnanju z odpadki iz zdravstva.

Rezultati kvalitativne študije so bili glede na pregledano literaturo, pričakovani. Zaposleni ugotavljajo, da je premalo oziroma sploh ni organiziranih internih izobraževanj, poleg tega pa pogrešajo osebo, ki bi jim dala prave podatke in usmeritve. Pogrešajo tudi razumljiva in jasno predstavljena navodila o ravnanju z odpadki, za katere menijo, da bi morala biti predstavljena na internih izobraževanjih ali timskih sestankih.

Kvalitativna študija je hkrati pokazala, da ima težave z nerazumevanja navodil o ravnanju z odpadki tudi glavna sestra, zato se dogovarjajo, da bodo zadevo z odpadki uredili po lastni presoji. Intervjuvanci krivdo za tak sistem dela pripisujejo vodstvu, ker ne poskrbi za ustrezno usposabljanje odgovornih in za pogostejši nadzor nad ravnanjem z zdravstvenimi odpadki pri zaposlenih. Menijo, da bi le na ta način lahko ugotovili, kaj dejansko se dogaja na tem področju. Od vodij pričakujejo, da prisluhnejo njihovem mnenju in slišijo, s kakšnimi dilemami se srečujejo, ko se morajo sami odločiti, kaj storiti s posamezno vrsto odpadka iz zdravstva. Smatrajo, da bi s spremenjeno organizacijo dela, prevzemanjem odgovornosti, izvedbo ukrepov pri napačnem ravnanju z odpadki, povečanjem števila kadra in z ustreznim znanjem in izkušnjami odgovornih

oseb, lahko izboljšali tudi proces ravnanja z zdravstvenimi odpadki. Hkrati priznajo, da dejansko napisana navodila ignorirajo in ločujejo odpadke po svojem občutku.

... »V tiste ta velke vreče vse mečemo; rokavice, plenice, odpadke - vse gre v en koš, so tud noter plastični kozarčki, rokavice ...«

... »In sem zmedena in delam po lastni presoji ...«

Intervjuvanci se strinjajo, da je do takih težav pri pravilni identifikaciji odpadka prišlo, ko se je spremenil predpis. Od takrat jim nihče več ni znal natančno obrazložiti kdaj je plenica infektiven odpadek, kdaj navaden zdravstveni in končno kdaj jo uvrstimo med komunalne odpadke. Če bi jim nekdo razložil razliko med temi odpadki, bi lažje razumeli in se nato tudi pravilno odločili, v vrečo katere barve je treba posamezen odpadek odložiti.

... »so nekaj govorili, da zaradi zakonodaje, ampak nobeden ni znal točno razložiti v čem je problem, to je prišlo iznenada. To bi bilo potrebno res poudariti, da imaš celovito sliko od a do ž zakaj, kako in da lažje razumeš. Jest to pogrešam ...«

V kvantitativni študiji pa so anketiranci ostalih domov starejših občanov o tem menili zelo različno. Devet (90 %) anketirancev doma 5 in 8 (80 %) anketirancev doma 3 se strinja, da so navodila nejasna in nerazumljiva, medtem ko se devet (90 %) anketirancev domov 2 in 4 strinja, da so navodila o ravnanju z zdravstvenimi odpadki dovolj jasna in razumljiva. Večina anketirancev doma 1 pa se še ne more odločiti ali imajo v domu dovolj ali premalo jasna in razumljiva navodila za ravnanje z zdravstvenimi odpadki. Poleg tega vseh deset anketirancev doma 5 (100 %) trdi, da imajo premalo informacij in premalo uporabnega znanja na področju ločevanja zdravstvenih odpadkov, ki nastajajo pri izvajanju zdravstvene nege stanovalca. Kar 90 odstotkov jih meni tako tudi v domu 3 (kjer smo izvajali kvalitativni del raziskave). V domovih 2 in 4 kar 80 odstotkov anketirancev meni, da imajo dovolj informacij in uporabnega znanja glede ločevanja zdravstvenih odpadkov. Prav tako pa o tem, ali imajo dovolj ali premalo informacij in znanja o ravnanju z odpadki, ne morejo odločiti v domu 1. Anketiranci vseh domov starejših občanov se strinjajo, da je eden izmed najpomembnejših vzrokov za nepravilno ločevanje odpadkov tudi premalo internih izobraževanj, poleg pomanjkanja ustreznih vreč in lastnega neupoštevanja navodil. Nihče izmed anketirancev pa kot vzrok nepravilnega ločevanja odpadkov ne navaja nezanimanja vodstva za ločevanje odpadkov ali premalo uporabnega znanja oseb, ki posredujejo znanje zaposlenim, ki izvajajo zdravstveno nego in oskrbo.

Zakaj torej ta razlika v rezultatih kvalitativne in kvantitativne študije? Kateri od domov ima torej uspešen sistem ravnanja z odpadki? Kriteriji, kot so usposabljanje, revizija in poročanje ter znanje zaposlenih in ustrezna zakonodaja, so podlaga za presojo uspešnosti sistema ravnanja z zdravstvenimi odpadki (Woolridge, Butler, Jones, Phillips in Bates, 2008). Uspešnost sistema ravnanja z odpadki je posledica različnih pojavov, intervenirajočih pogojev in interakcij med glavnimi kategorijami, ki smo jih dobili na podlagi rezultatov kvalitativne študije: »znanja zaposlenih«, »vloge zaposlenih pri ravnanju z odpadki« in »tehnične opremljenosti«.

Primerjava rezultatov za iskanje vzročnih povezav med domovi starejših občanov in ocena uspešnosti sistema ravnanja z zdravstvenimi odpadki je pokazala da imajo

domovi 1, 3 in 5 vse našete kombinacije pogojev, po katerih lahko sodimo, da je sistem ločevanja odpadkov manj uspešen. Zaposleni ne vedo kaj spada med neinfektivne zdravstvene odpadke in plenice okuženega stanovalca odlagajo med te odpadke. Čeprav prepoznajo odpadke iz zdravstva, pravijo, da imajo premalo uporabnega znanja in premalo informacij o ločevanju odpadkov.

Domova 2 in 4 sta primera uspešnega sistema, kjer so vzročne povezave jasne. Vprašani odgovarjajo, da je na voljo dovolj informacij in uporabnega znanja o ločevanju odpadkov, navodila so jasna in so zato redko v dilemi, kam odložiti posamezno vrsto odpadkov. Odgovorna oseba za ravnanje z odpadki v obeh domovih izvaja pogoste nadzore in o napakah se pogovarjajo na timskih sestankih.

S pomočjo priprave tabele 2 - prisotnost pojava iskanje vzrokov podobnosti in razlik med domovi starejših občanov, smo iskali odgovor na vprašanje, kaj so vzroki za razlike med posameznimi domovi. Domovi 2, 4 in 5 imajo v domu zaposlene higienike, ki so zadolženi za nadzor in organizacijo sistema ravnanja z odpadki. Pa vendar, dom 2 in 4 po naših rezultatih spadata med uspešne sisteme, dom 5 pa med manj uspešne sisteme ravnanja z odpadki iz zdravstva. Rezultati kažejo, da vzrokov in izidov med domovi 2, 4 in 5 med seboj ni mogoče povezati tako, da bi jih lahko smiselno interpretirali, zato smo morali znova preučiti podrobne opise vzrokov in izidov. Dom 5, ki smo ga na podlagi relevantnih spremenljivk sicer ocenili kot neuspešen sistem, ima tudi zaposleno osebo z ustreznimi znanji, vendar le - ta v domu ni odgovorna za vodenje sistema ravnanja z odpadki-skrb zanje prevzema glavna medicinska sestra.

Rezultati kvalitativne in primerjalne študije potrjujejo, da se v vseh petih domovih starejših občanov zaposleni strinjajo, da so jasna in uporabna navodila ključni dejavnik za izboljšanje sistema ravnanja z zdravstvenimi odpadki. Rezultati kažejo tudi, da so le zaposleni doma 3 prepričani, da bi pogostejši nadzori odgovornih oseb pripomogli k izboljšanju sistema ravnanja z zdravstvenimi odpadki.

Tabela 2: Prisotnost pojava - iskanje vzrokov podobnosti in razlik med domovi starejših občanov

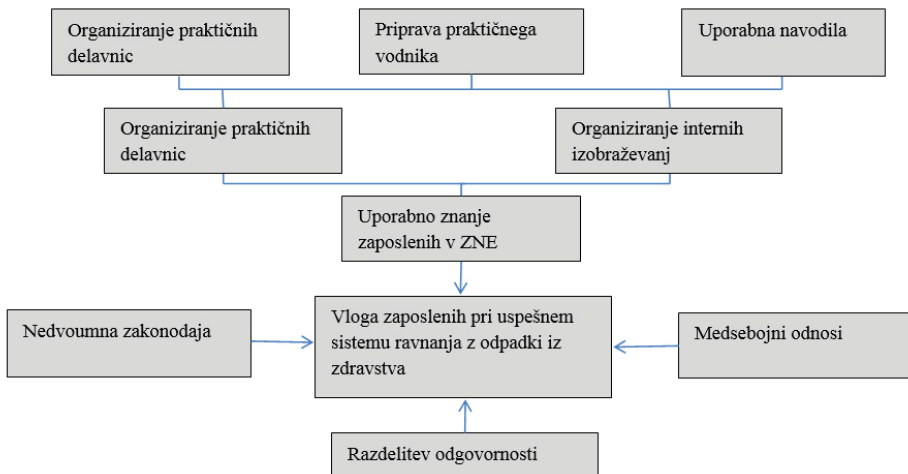
<i>Enota</i>	<i>uspešnost sistema ravnanja odpadkov (po izkustvenem gradivu)</i>	<i>prisotnost higienika</i>	<i>glavni vzrok napačnega ločevanja odpadkov</i>	<i>profil delovnega mesta, ki prevladuje med anketiranci</i>
Dom 1	manj uspešen sistem	ne	pomanjkanje vreč	bolničarke in strežnice
Dom 2	uspešen sistem	da	neupoštevanje navodil o ločevanju odpadkov	bolničarke in strežnice
Dom 3	manj uspešen sistem	ne	pomanjkanje vreč	diplomirane in srednje medicinske sestre
Dom 4	uspešen sistem	da	neupoštevanje navodil ločevanju odpadkov	diplomirane in srednje medicinske sestre
Dom 5	manj uspešen sistem	da	neupoštevanje navodil o ločevanju odpadkov	bolničarke in strežnice

Vir: Jug Adamovič, K., Makarovič, M. in Ferfila, N. (2016). Vloga zaposlenih pri uspešnem delovanju sistema ravnanja z odpadki, ki nastanejo pri izvajanju zdravstvene dejavnosti v domu starejših občanov (Magistrsko delo). Nova Gorica: Fakulteta za uporabne in družbene študije v Novi Gorici.

4 Razprava in zaključek

Rezultati raziskave kažejo potrebo po konstruktivnem in kreativnem sodelovanju zaposlenih v procesu ravnanja z odpadki. Iz tega razloga je nastala potreba po novem paradigmatškem modelu, ki bi bil namenjen izboljšanju sistema v procesu ravnanja z odpadki. Model predstavljen v shemi 1 temelji na pridobivanju novega, uporabnega znanja, saj je to glede na rezultate raziskave eden glavnih vzrokov težav.

Shema 1: Predlagani paradigmatški model namenjen izboljšanju sistema v procesu ravnanja z odpadki



Organizacija internih izobraževanj in praktičnih delavnic za manjše skupine zaposlenih omogoča učinkovitejši prenos znanja, kot ga zagotavljajo domače izkušnje in medijske informacije.

Predhodno bo treba poskrbeti za usposabljanje nadrejenih ter s tem zagotoviti kakovostna izobraževanja ter pripraviti vodnik za ravnanje z odpadki, v katerem bodo predstavljeni različni praktični problemi pri ravnanju z odpadki in možne rešitve. Posodobiti je potrebno navodila, da bodo razumljiva vsem zaposlenim.

V delovnih organizacijah je treba razdeliti naloge, za katere morajo zaposleni prevzeti odgovornost. In ne nazadnje so rezultati raziskave hkrati izpostavili tudi potrebo po jasnejšem zakonodajnem okviru na področju ravnanja z odpadki iz zdravstva, ki nastajajo v domovih za starejše.

Dosledno spoštovanje pravil izvajanja postopkov zagotavlja zmanjšanje količin odpadkov in s tem povezano tudi znižanje stroškov odstranjevanja posameznih vrst odpadkov. To zahteva spremembe v vedenjskih vzorcih zaposlenih. Za doseg cilja - zmanjšanje količin in znižanja stroškov odstranjevanja odpadkov, so potrebna redna izobraževanja in usposabljanja vseh zaposlenih, ne le tistih, ki so odgovorni za ravnanje z odpadki, pa tudi usmerjenost ter motivacija za doseganje skupnih ciljev. S pomočjo opravljenih intervjujev smo pridobili poglobljeno sliko procesa ravnanja z odpadki za katero sklepamo, da ne drži le za domove starejših občanov, pač pa tudi za vso zdravstveno dejavnost. Slaba organizacijska kultura v domovih starejših občanov, ki negativno vpliva na dobre medsebojne odnose, dvoumna zakonodaja, neuporabno znanje zaposlenih in slabo sprejemanje odgovornosti vpletenih v sistemu ravnanja z odpadki, ki nastanejo pri izvajanju zdravstvene nege, so se pokazali kot glavni vzroki za vedenje zaposlenih.

Hkrati smo dobili odgovore, ki pravijo, da jasna, natančna in razumljiva navodila ter uporabno znanje zaposlenega izrazito vplivajo na odločitve posameznika. Ugotovili smo, da imajo v domovih, ki imajo zaposleno osebo z dodatnimi znanji s področja odpadkov, manj težav pri ravnanju z odpadki, kot v domovih, kjer te osebe ni.

Pokazala se je potreba po medresorskem sodelovanju pri pripravi nacionalnega programa, ki bi vključeval Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter Ministrstvo za okolje in prostor ter proizvajalcev opreme in materialov, ki se uporabljajo v zdravstveni dejavnosti in drugih. Takšno sodelovanje bi zagotovilo ustrezne temelje za pripravo novih smernic in popravkov zakonodaje na področju ravnanja z odpadki iz zdravstva.

Raziskavo bi bilo smiselno razširiti na ostale domove starejših občanov ter s tem pridobiti rezultate, ki bi bili statistično značilni za slovenske domove starejših občanov. Glede na dejstvo, da v slovenskem bolnišničnem okolju še ni bilo opravljene kvalitativne raziskave o ravnanju z odpadki iz zdravstva, vidimo možnost za nadaljnje raziskovanje tudi tu.

LITERATURA

1. Chartier, Y., Emmanuel, J., Pieper, U., Annette Pruss, A., Rushbrook, P., Ruth Stringer, R. idr. (ur.) (2014). *Safe management of wastes from health-care activities* (2nd ed). Geneva :World Health Organization. Pridobljeno 1. 10. 2016, s http://www.healthcare-waste.org/fileadmin/user_upload/resources/Safe-Management-of-Wastes-from-Health-Care-Activities-2.pdf.
2. Department of health. (2013) Health Tehnical Memorandum 07-01. *Safe management of healthcare waste*. Pridobljeno 1. 10. 2016, s <https://www.gov.uk/government/publications/safe-management-of-healthcare-waste--2>.
3. Directive 2008/98/EC of the european parliament and of the council. (2008). Pridobljeno 1. 10. 2016, s <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:32008L0098>.
4. Ferreira, W. in Teixeira, M. R. (2010). *Healthcare waste management practices and risk perceptions: finding from hospitals in the Algarve region, Portugal*. *Waste management*, 12, 2657–2663.
5. Jug Adamovič, K., Makarovič, M. in Ferfila, N. (2016). *Vloga zaposlenih pri uspešnem delovanju sistema ravnanja z odpadki, ki nastanejo pri izvajanju zdravstvene dejavnosti v domu starejših občanov* (Magistrsko delo). Nova Gorica: Fakulteta za uporabne in družbene študije v Novi Gorici.

6. Leskovic, L. (2000). Aktualna problematika na področju varstva starejših. V J. Tršek (ur.), Zbornik predavanj 15 strokovno srečanje (str. 5–10). Bled: Zbornica zdravstvene nege Slovenije , Zveza društev MS in ZT Slovenije, Strokovna sekcija MS in ZT v socialnih zavodih.
7. Navodilo o ravnanju z odpadki pri opravljanju zdravstvene dejavnosti (1995). Uradni list RS št., 90 (1. 6. 1995). Pridobljeno 1. 10. 2016, s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NAVO613>.
8. Pravilnik o ravnanju z odpadki, ki nastanejo pri opravljanju zdravstvene dejavnosti in z njo povezanih raziskav (2004). Uradni list RS, št 47 (22. 4. 2004). Pridobljeno 1. 10. 2016, s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV4513>.
9. Ragin, C. (1994). *Constructing Social Research*. London: Pine Forge press.
10. Sanjeev, R., Kuruvilla Suneesh, R. Subramaniam, P. S. in Prashant, G. (2014). Knowledge, attitude and practice about biomedical waste menegement among dental healthcare personnel in dental colleges in Kothamangalam: a cross – sectional study. *Health Science*, 1 (3), 1–12.
11. Toš, N. in Muller, K. H. (2010). *Primerjalno družboslovje: Metodološki in vsebinski vidiki*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
12. Uredba o ravnanju z odpadki, ki nastajajo pri opravljanju zdravstvene in veterinarske dejavnosti ter z njima povezanih raziskavah. (2008). Uradni list RS, št. 89 (4. 9. 2008). Pridobljeno 1. 10. 2016, s <http://www.uradni-list.si/1/content?id=88384>.
13. Vogrinc, J. (2008). Pomen triangulacije za zagotavljanje kakovosti znanstvenih spoznanj kvalitativnega raziskovanja. *Sodobna pedagogika*, (5), 108–122.
14. Woolridge, T., Bates, A. C., Phillips, M., Butler, P. S. in Jones, K. (2008). Utilizing a `systems' approach to improve the management of waste from healthcare facilities: best practice case studies from England and Wale. *Waste Management & Research*, 26 (3), 233–240.

Hrup kot dejavnik tveganja v jasličnem oddelku

UDK 373.22+534.83

KLJUČNE BESEDE: hrup, delovna mesta, vzgojiteljice, pomočnice vzgojiteljic

POVZETEK - Hrup je nezaželen ali neprijeten zvok, ki kvarno vpliva na počutje in zdravje ljudi. Na delovnem mestu se je hrupu zaradi narave dela težko izogniti. Vzgojiteljice so možnim neugodnim razmeram izpostavljene skozi celoten delavnik. Prav zato jih je treba poučiti o vplivih hrupa na zdravje ljudi in kako lahko sami pripomorejo k zmanjšanju ravni hrupa. V prispevku smo analizirali ravni hrupa v jasličnem oddelku izbranega vrtca skozi celoten delavnik vzgojiteljice in pomočnic. V raziskavi sta sodelovala dva oddelka prve starostne skupine. Uporabili smo kvantitativno metodo dela, podatke smo pridobili na podlagi terenskih meritev skozi celoten delavnik vzgojiteljice v izbranem vrtcu Mestne Občine Ljubljana. Meritve hrupa smo opravili z modularnim analizatorjem zvoka 2260-investigator, proizvajalca Bruel & Kjaer. Rezultati so pokazali, da so vzgojiteljice in pomočnice izpostavljene previsokim ravnam hrupa. V večini primerov je presežena dopustna ekvivalentna raven hrupa za obravnavano delovno mesto, ki je 65 dB(A). Za obvladovanje problematike hrupa je treba izdelati konkretne ukrepe, s katerimi bomo izboljšali dejansko stanje in zmanjšali tveganje za vzgojiteljice in pomočnice.

UDC 373.22+534.83

KEY WORDS: noise, work environment, educators, educator assistants

ABSTRACT - Noise is an unwanted and unpleasant sound, which harmfully affects people's well-being and health. Noise in the work environment of educators is difficult to avoid because of the nature of work. Educators are exposed to possible unfavourable conditions throughout the entire workday. For this reason, they should be informed about the effect of noise on people's health and how they can contribute to the reduction of the noise level. The aim of this study is to measure and analyse the level of noise in the nursery department of the selected kindergarten throughout the entire workday of an educator and educator assistants. We want to establish whether the educators are exposed to the too high levels of noise. Two departments of the first age group participated in this study. The quantitative method was used; the data were obtained based on field measurements during the entire workday of an educator in the selected kindergarten in the Municipality of Ljubljana. The noise measurements were taken by the modular precision sound analyser 2260-investigator produced by Bruel & Kjaer. The results have shown that the educators and the educator assistants are exposed to too high levels of noise. In most cases the maximum acceptable equivalent noise level of 65 dB(A) for this workplace is exceeded. The reverberation time calculated in the selected playroom was longer than the optimum. In the future, the noise problem will have to be controlled by taking concrete measures, which will improve the circumstances and reduce the risk for the educators and educator assistants.

1 Izhodišča

Hrup nas spremlja na vsakem koraku v sodobnem življenju. Je zvok, ki v naravnem ali življenjskem ter delovnem okolju vzbuja nemir, moti človeka, škoduje njegovemu zdravju in počutju, ter škodljivo deluje na okolje. Bilban (2005a) ugotavlja, da je več kot polovica celotne evropske populacije, tudi slovenske, obremenjena s čezmerno ravniyo hrupa (65 dB(A) podnevi in 50 dB(A) ponoči). Več kot 10 odstotkov oseb, mlajših od 25 let, ima že prizadet sluh, pri dveh tretjinah pa je vzrok okvare sluha aku-

stična travma. Hrup predstavlja nezaželeno obliko zvoka, ki je odvisen od poslušalca samega, njegovega razpoloženja, utrujenosti, zdravstvenega stanja, starosti, spola ter od časa in kraja, ni pa odvisen od jakosti zvoka ali njegove frekvence. Omenjeni avtor ugotavlja, da ima čezmerna obremenitev s hrupom v človekovem bivalnem in delovnem okolju za posledico zmanjšano slušno razumljivost pri medsebojnem razumevanju, občutek nelagodja in zmanjšano koncentracijo, pri napredovani obliki pa se pojavi naglušnost in gluhost (Bilban 2005a).

Bilban (2005b) definira hrup, kot vsak nezaželen ali neprijeten zvok, ki kvarno vpliva na počutje in zdravje ljudi. Hrup ogroža človekovo zdravje, ima nanj negativni psihološki učinek, vpliva na njegovo delo in njegove umske sposobnosti (Kozjan in Tišler, 2006).

Hrup je eden najpogostejših dejavnikov tveganja pri delu. Ogrožen je lahko vsak delavec, saj se je hrupu zaradi narave dela težko izogniti. Okvara sluha zaradi hrupa velja za enega glavnih zdravstvenih problemov v zvezi z delom, zaradi tega je pomembno, da so delavci izpostavljeni najmanjšim možnim ravnam hrupa, so poučeni o negativnih posledicah prekomernih ravni in da tudi sami z določenimi ukrepi pripomorejo k zmanjševanju negativnih posledic za zdravje (Hughes in Ferrett, 2003).

V zadnjem obdobju je hrup v vrtcih na delovnem mestu vedno bolj preučevano področje. Tratnik in sodelavci (2005) v priročniku omenjajo poklic vzgojiteljice v vrtcu kot eden izmed bolj izpostavljenih poklicev hrupu. Gazvoda in Horvat (2003) v svojem prispevku opozarjata na visoke ekvivalentne ravni hrupa v igralnicah vrtca. Leta 2009 je bila izvedena razširjena raziskava hrupa v vrtcih Mestne občine Ljubljana, kjer so ugotovili, da so ekvivalentne ravni hrupa povsod nad dopustnimi (Kacjan Žgajnar in idr. 2009).

Po svetu je bilo do sedaj izvedenih že veliko študij glede hrupa v vrtcu. McLaren in Dickinson (2002) sta z raziskavo opozorila na problematiko hrupa pri vzgojiteljih. Prav tako sta Grebennikov in Wiggins (2006) z raziskavo ugotovila, da je večina tamkajšnjih vzgojiteljev izpostavljenih prekomernemu hrupu.

Čezmerna obremenitev s hrupom na delovnih mestih in v delovnem okolju ima za posledico najprej zmanjšano slušno razumljivost pri medsebojnem razumevanju, občutek nelagodja in zmanjšano koncentracijo. V daljšem časovnem obdobju pa zmanjšano delovno sposobnost, stres, razne nevroze in delno ali celo popolno izgubo sluha (Bilban, 2005a).

2 Namen

Namen raziskave je bil izmeriti in analizirati ravni hrupa v jasličnem oddelku vrtca skozi celoten delavnik vzgojiteljic in pomočnic vzgojiteljic, ugotoviti ravni hrupa, kateremu so izpostavljene v začetnih tednih uvajanja otrok v vrtec. V raziskavi smo opozorili tudi na problematiko hrupa v vrtcih in negativne vplive hrupa na zdravje zaposlenih, ter predlagali ukrepe za zmanjšanje prekomernih ravni.

3 Metode dela

3.1 Udeleženci raziskave

Udeleženci raziskave so vzgojiteljice in pomočnice vzgojiteljic (v nadaljevanju vzgojno osebje) izbranega vrtca. V raziskavi sta sodelovala dva oddelka prve starostne skupine. Starost otrok je bila od 1 do 3 leta.

Podatke smo pridobili na podlagi tedenskih meritev hrupa skozi celoten delavnik vzgojnega osebja v vrtcu Mestne občine Ljubljana v septembru 2012 in septembru 2013, kajti mesec september predstavlja uvajalno obdobje otrok v vrtec.

3.2 Metode dela

Meritve hrupa smo izvedli z modularnim analizatorjem zvoka 2260 - investigator, proizvajalca Bruel & Kjaer, med 7.30 in 14.30 uro. Pri vzgojiteljicah je bil delovni čas v oddelku krajši (6,5 ur) kot pri pomočnicah vzgojiteljic (7,5 ur). Beležili smo dejavnosti otrok, čas meritev, okolico in posebnosti prostorov. Velikost in opremljenost prostorov ter dejavnosti otrok lahko vplivajo na raven hrupa. V prostorih vrtca so meritve potekale pri zaprtih oknih in vratih. Analizator zvoka smo namestili na namensko stojalo v skladu s standardom SIST ISO 9612:2009, ki določa način meritve in presojo hrupa.

Meritve smo opravljali povsod, kjer se je vzgojno osebje zadrževalo tekom delovnega dne. Izmerjene podatke smo shranili na pomnilniško PCMCIA kartico in jih prenesli na osebni računalnik. Pri nadaljnji obdelavi podatkov smo uporabili izmerjene ekvivalentne ravni hrupa (L_{Aeq}) in ocenjene ravni hrupa z impulzno korekcijo ($L_{AIm, Te}$).

Statistična analiza je bila opravljena s pomočjo računalniškega programa Microsoft Office Excel, kjer smo z uporabo parnega Studentovega t-testa primerjali povprečja ocenjenih ravni hrupa med posameznimi dejavnostmi v vrtcu. Mejo statistične značilnosti smo določili pri $\alpha = 0,05$.

4 Rezultati

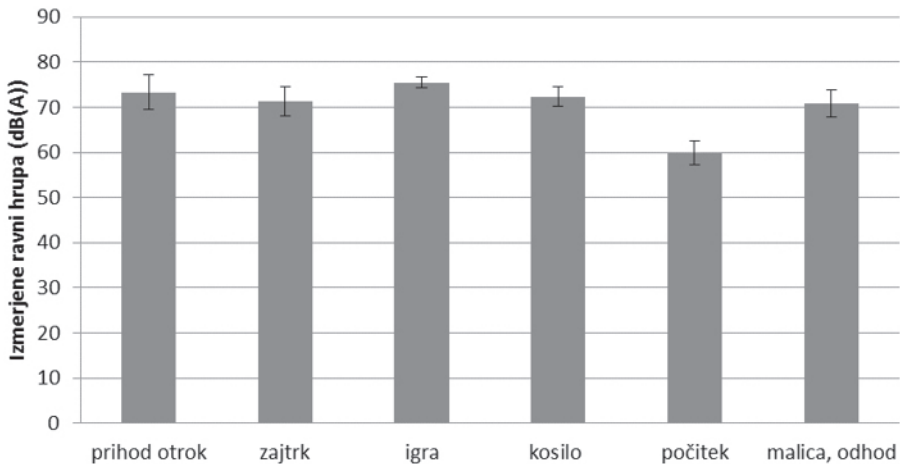
V tabeli 1 so opisane dejavnosti vzgojnega osebja v času izvajanja meritev tekom enega delovnega dne.

Tabela 1: Dejavnosti vzgojnega osebja v enem dnevu

Vrsta dejavnosti	Opis dejavnosti	Čas izvajanja dejavnosti
Sprejem otrok	Prihod otrok in prosta igra	7.30 – 8.30
Zajtrk	Priprava, prehranjevanje, pospravljanje	8.30 – 9.00
Vodena in prosta igra	Petje, ples, igra s plastelinom, igra na igrišču ...	9.00 – 11.30
Kosilo	Priprava, prehranjevanje, pospravljanje	11.30 – 12.00
Počitek	Priprava ležalnikov, priprava otrok na počitek, počitek, pospravljanje ležalnikov	12.00 – 14.00
Malica in odhod domov	Prehranjevanje in pospravljanje, prosta igra v igralnici	14.00 – 14.30

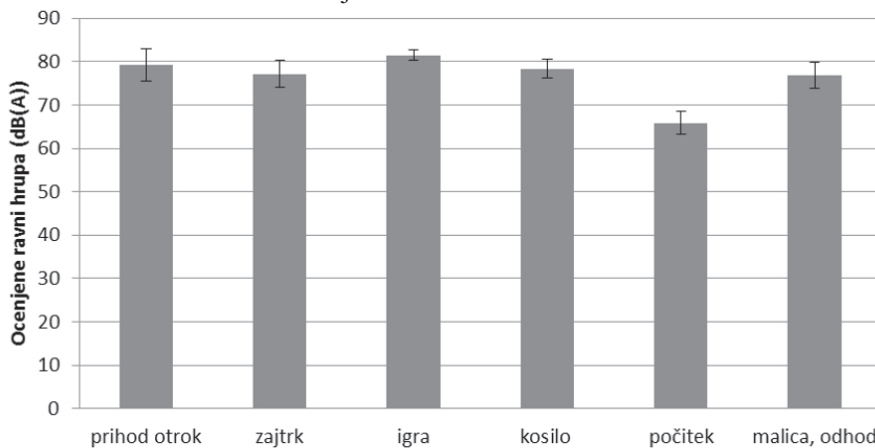
Graf 1 prikazuje povprečne izmerjene ravni hrupa v dB(A) v septembru 2012, glede na dejavnosti otrok. Iz slike je razvidno, da so najnižje ravni hrupa v času počitka. Povprečne ekvivalentne ravni hrupa (L_{Aeq}) se gibljejo od 60 dB(A) v času počitka do 78 dB(A) med igro ob prihodu otrok. V ponedeljek je bilo v času meritev 7 otrok v igralnici, vse ostale dni pa 9 otrok. V igralnici je bil v času meritev (ves teden) prisoten tudi oče deklice, ki je pomagal svojemu otroku pri uvajanju v vrtec.

Graf 1: Povprečne ravni hrupa glede na dejavnosti otrok v analiziranem obdobju leta 2012



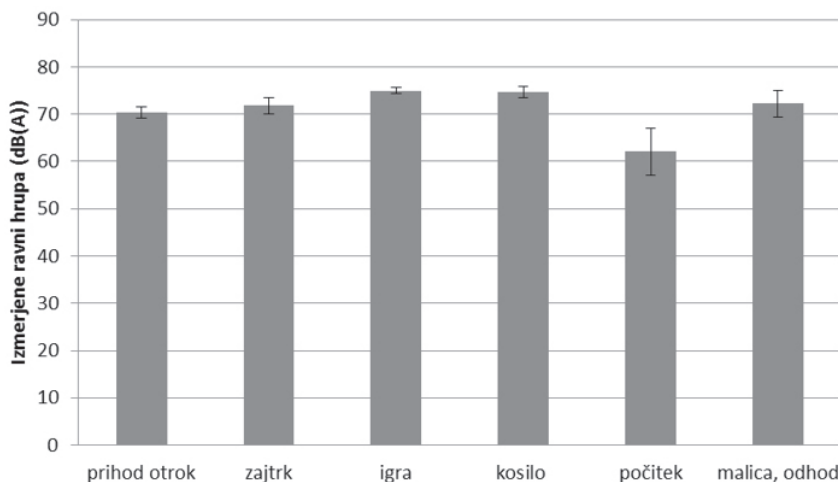
Graf 2 prikazuje povprečne ocenjene ravni hrupa z impulzno korekcijo v dB(A), za september 2012 za posamezne dejavnosti. Na sliki opazimo povprečne ocenjene ravni hrupa, kjer smo izmerjenim ravnem hrupa skladno z zakonodajo prišteli impulzne ravni. Glede na posamezne dnevne dejavnosti so bile povprečne ocenjene ravni hrupa z impulzno korekcijo med 61 dB(A) in več kot 80 dB(A).

Graf 2: Povprečne ocenjene ravni hrupa z impulzno korekcijo v dB(A) glede na dejavnosti otrok v analiziranem obdobju leta 2012



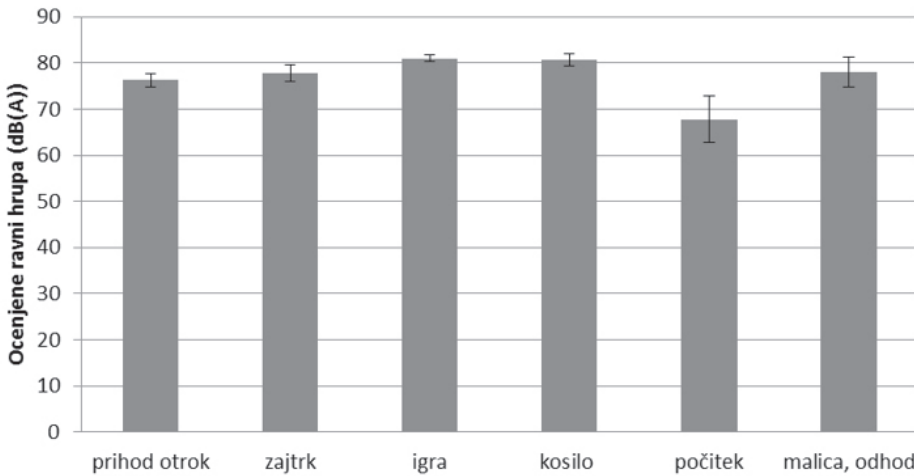
Graf 3 prikazuje povprečne izmerjene ravni hrupa v dB(A) za september 2013 glede na dejavnosti otrok. Razvidno je, da so najnižje ravni v času počitka. Povprečne ekvivalentne ravni (LAeq) se gibljejo od 62 dB(A) v času počitka do 75 dB(A) med igro. V ponedeljek in torek je bilo v času meritev 10 otrok v igralnici, v sredo in četrtek 12 otrok, v petek pa 11.

Graf 3: Povprečne ravni hrupa glede na dejavnosti otrok v analiziranem obdobju v letu 2013



Graf 4 prikazuje povprečne ocenjene ravni hrupa z impulzno korekcijo v dB(A), za september 2013 glede na posamezne dejavnosti otrok. Opazimo lahko, da so glede na posamezne dejavnosti tekom dneva, povprečne ocenjene ravni hrupa z impulzno korekcijo med 67 dB(A) in več kot 80 dB(A).

Graf 4: Povprečne ocenjene ravni hrupa z impulzno korekcijo v dB(A) glede na dejavnosti otrok v analiziranem obdobju leta 2013



Rezultati tabele 2 in 3 prikazujejo, da ni značilnih statističnih razlik v povprečnih vrednostih ocenjenih ravni hrupa med prihodom in zajtrkom ($p = 0,808641$), med prihodom in kosilom ($p = 0,080144$), ter med prihodom in malico ($p = 0,739423$). Primerjava ravni hrupa med prihodom in igro ($p = 0,000721$) ter med prihodom in počitkom ($p = 0,000031$) je pokazala, da so znatno višje vrednosti hrupa v času igre.

Med kosilom in malico ni pomembnih statističnih razlik v povprečnih vrednostih ocenjenih ravni hrupa ($p = 0,089911$). Rezultati kažejo znatno višje ravni hrupa v času igre, zato so statistično značilne razlike med igro-kosilom, igro-počitkom in igro-malico.

Tabela 2: Statistična analiza povprečnih vrednosti ocenjenih ravni hrupa po dejavnostih v vrtcu glede na prihod

	prihod-zajtrk		prihod-igra		prihod-kosilo		prihod-počitek		prihod-malica	
povprečje (dB)	77,2	77,4	77,2	81,1	77,2	79,4	77,2	66,9	77,2	77,7
varianca (dB)	6,4	5,7	6,4	1	6,4	4,3	6,4	15,1	6,4	8
t-vrednost	-0,24941		-5,01774		-1,97154		7,65310		-0,34307	
p-vrednost	0,808641		0,000721		0,080144		0,000031		0,739423	
stat. značilnost	NZ		*		NZ		*		NZ	

Legenda: NZ – ni statistično značilne razlike ($p > 0,05$); *-statistično značilna razlika ($p < 0,05$)

Tabela 3: Statistična analiza povprečnih vrednostih ocenjenih ravni hrupa po dejavnostih v vrtcu

	<i>igra-kosilo</i>		<i>igra-počitek</i>		<i>igra-malica</i>		<i>kosilo-počitek</i>		<i>kosilo-malica</i>		<i>počitek-malica</i>	
povprečje (dB)	81,2	79,5	81,2	66,8	81,2	77,4	79,5	66,8	79,5	77,4	66,8	77,7
varianca (dB)	0,9	4	0,9	13,6	0,9	8,2	4	13,7	4	8,2	13,7	8,2
t-vrednost	2,51848		13,13440		4,13277		11,11844		1,87737		-7,30070	
p-vrednost	0,030466		0,000000124		0,002035		0,000000597		0,089911		0,000026	
stat. značilnost	*		*		*		*		NZ		*	

Legenda: NZ – ni statistično značilne razlike ($p > 0,05$); *-statistično značilna razlika ($p < 0,05$)

5 Razprava

Na podlagi meritev hrupa, ki so bile izvedene v izbranem vrtcu, je bilo ugotovljeno, da izmerjene ravni hrupa večinoma presegajo dopustne. V prilogi 1 Pravilnika o varovanju delavcev pred tveganji zaradi izpostavljenosti hrupu pri delu (2006) so določene dopustne ekvivalentne ravni hrupa na delovnem mestu v dB(A) glede na vrsto delovnih opravil. Dopustne ekvivalentne ravni hrupa za nemoteno delo vzgojnega osebja v vrtcu ni. Znana je dopustna raven hrupa za pouk v šolah iz druge kategorije, ki znaša 55 dB(A). V šolah gre predvsem za mentalno delo, pri katerem je potrebna koncentracija in ustvarjalno mišljenje, kar ne velja za vrtec, zato ga zaradi narave dela ne moremo uvrstiti v isto kategorijo. V vrtcu prevladujejo prosta igra, petje, poslušanje glasbe ter voden program, zato smo za dopustno raven uporabili vrednost iz četrte kategorije 75 dB(A).

Povprečne izmerjene ekvivalentne ravni hrupa v vrtcu za september 2012 se gibljejo od 60 dB(A) v času počitka, do več kot 78 dB(A) med igro ob prihodu otrok. Rezultati meritev za september 2013 so primerljivi z zgornjimi rezultati, saj se gibljejo od 62 dB(A) v času počitka, do več kot 75 v času kosila (otroci so bili utrujeni in jokavi). Rezultati meritev med prvo dejavnostjo (prijem otrok) se med seboj razlikujejo, saj otroke iz drugih oddelkov zjutraj združijo.

S pomočjo parnega t-testa smo ugotovili, da ni značilnih statističnih razlik ravni hrupa med prihodom in zajtrkom, med prihodom in kosilom, med prihodom in malico ter med kosilom in malico. Vrednosti ravni hrupa so v času igre značilno višje, kar je pokazala primerjava ravni hrupa med prihodom in igro, med igro in kosilom, med igro in počitkom ter med igro in malico.

Rezultati meritev se v uvajalnem obdobju otrok skoraj ne razlikujejo od rezultatov meritev hrupa v vrtcih drugih avtorjev. Izmerjene vrednosti ne izstopajo, zato ne moremo zaključiti, da je uvajalno obdobje bolj glasno. Na rezultate največkrat vplivajo število otrok v oddelku, hrupne igrače ter komunikacija vzgojiteljic, saj so ob bolj glasnih vzgojiteljicah glasnejši tudi otroci. Vzgojiteljica, ki uporablja metode, s kateri-

mi dodatno ne zvišuje hrupa, lahko močno vpliva na nižje ravni hrupa. Vpliv na raven hrupa ima tudi cestni promet, ki obdaja teraso, ki je dostopna neposredno iz igralnice. Poleg ekvivalentne ravni hrupa smo merili tudi impulzni hrup. Razlike med izmerjenimi ravnimi $L_{A_{lm}}$ in $L_{A_{eq}}$ so bile med 5,3 dB(A) do 9,1 dB(A). Vzgojno osebje je zato v času delovnika izpostavljeno še višjim ravnom hrupa. Povprečne ocenjene ravni hrupa z impulzno korekcijo so se gibale od 61 do 80 dB(A).

Tratnik s sodelavci (2005) ugotavlja, da jakost joka in kričanje otrok presega 85 dB(A). Kovačič in Kacjan Žgajnarjeva (2004) sta v letih 2001 do 2003 izvajala meritve hrupa v vrtcih in ugotovila, da so ocenjene ravni hrupa za celoten delavnik vzgojitelja 80,2 dB(A). Vzgojitelji so bili v času delavnika izpostavljeni še višjim ravnom hrupa, kot so bile izmerjene ravni, ki so bile med 46,3 dB(A) in 80,3 dB(A). Kacjan Žgajnarjeva in sodelavci (2009) so ugotovili, da so ekvivalentne ravni hrupa povsod nad dopustnimi, vzgojiteljice so bile med delom izpostavljene ocenjenim ravnom hrupa z impulzno korekcijo med 76,9 dB(A) do 84,2 dB(A). Prav tako kot v vrtcih, je tudi v osnovnih šolah prisoten hrup. Ravni hrupa so precej nad dopustnimi in hrup je zato moteč dejavnik tako za učitelje kot za učence (Čarič in Čudina, 2003). Uršičeva (2002) pa je s sodelavci ugotovila, da prevalenca motenj sluha narašča s starostjo otrok.

6 Zaključek

Vzgojno osebje v vrtcih je ves delovni dan izpostavljeno visokim ekvivalentnim ravnom hrupa, kar smo z izvedeno raziskavo tudi potrdili. Predlagali bi vgradnjo absorpcijskih oblog oz. materialov, ki imajo večji koeficient absorpcije (npr. več tekstilnih oblog, pluta, pene ...) in tako zmanjšali jakost zvoka, skrajšali odmev in zmanjšali intenzivnost odbitih zvočnih valov. Problematike hrupa v vrtcih se je potrebno zavedati, saj so otroci in vzgojno osebje pogosto izpostavljeni ravnom hrupa, ki so primerljive hrupu v industriji. Opozoriti moramo na pomen kulture govora, s katero lahko vplivamo na višino jakosti govora. Potrebno je pripraviti konkretne javno-zdravstvene ukrepe za zmanjšanje visokih ravni hrupa v vrtcu, ki bodo prispevali k boljšemu zdravstvenemu stanju otrok in vzgojiteljev. Potrebno je motivirati vzgojno osebje, starše in otroke za preprečevanje negativnih posledic hrupa. Prav tako je potrebno osveščanje širše družbe o problemu in urediti zakonodajo glede mejnih vrednosti hrupa na področju dejavnosti vrtca.

LITERATURA

1. Bilban, M. (2005a). Vpliv hrupa na človeka. Delo in varnost, (5), 8–24.
2. Bilban, M. (2005b). Medicina dela: za študente tehnične varnosti. Ljubljana: Zavod za zdravstveno varstvo pri delu.
3. Čarič, I. in Čudina, M. (2003). Vpliv hrupa pri pouku v osnovni šoli. V M. Čudina (ur.), Proceedings of the First Congress of Alps-Adria Acoustics Association and Third Congress of Slovenian Acoustical Society (pp. 469–478). Ljubljana: Slovenian Acoustical Society at Faculty of Mechanical Engineering.

4. Gazvoda, T. M. in Horvat, J. (2003). Vpliv hrupa na delo in zdravje delavcev v vrtcih. V M. Čudina (Ed.), *Proceedings of the First Congress of Alps-Adria Acoustics Association and Third Congress of Slovenian Acoustical Society* (pp. 495–502). Ljubljana: Slovenian Acoustical Society at Faculty of Mechanical Engineering.
5. Grebennikov, L. in Wiggins, M. (2006). Psychological effect of classroom noise on early childhood teachers. *The Australian educational researcher*, 33 (3), 35–50.
6. Hughes, P. in Ferrett, E. (2003). *Introduction to health and safety at work*. Amsterdam: Elsevier.
7. Kacjan Žgajnar, K., Kukec, A., Fink, R., Oder, M. in Bilban, M. (2009). Hrup kot dejavnik tveganja na delovnem mestu vzgojiteljev. V D. Rugelj in F. Sevšek (ur.), *Raziskovalni dan Zdravstvene fakultete, zbornik predavanj* (str. 103–110). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
8. Kovačič, D. in Kacjan Žgajnar, K. (2004). Hrup kot premalo upoštevan dejavnik tveganja v vrtcih. V *Varnost v prometu, varnost in zdravje pri delu: zbornik referatov / VI. mednarodna konferenca Globalna varnost v Evropi, Portorož, 2004* (str. 1–8). Ljubljana: Svet za preventivo in vzgojo v cestnem prometu Republike Slovenije.
9. Kozjan, G. in Tišler, V. (2006). Vpliv hrupa na človeka. *Les*, 58 (9), 293–294.
10. McLaren, S. J. in Dickinson, P. J. (2002). Noise in early educational facilities and impacts on the children and teaching staff. V *Proceedings of the 2002 International Congress and Exposition on Noise Control Engineering, Inter-Noise 2002* (pp. 19–21). USA: University of Michigan – Dearborn.
11. *Pravilnik o varovanju delavcev pred tveganji zaradi izpostavljenosti hrupu pri delu* (2006). Uradni list Republike Slovenije, št. 17. Pridobljeno 3. 10. 2016, s <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200617&stevilka=643>.
12. Standard SIST ISO 9612: 2009. Akustika – Določanje izpostavljenosti hrupu v delovnem okolju – inženirska metoda.
13. Tratnik, E. in sodelavci z Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve. (2005). *Prenehajte s tem hrupom! Priročnik z osnovnimi informacijami in navodili*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (str. 2–29). Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.
14. Uršič, S., Jesenek, F., Uršič, A. in Antončič, J. (2002). Hrup v šolskem okolju. V M. Juričič (ur.), *Šolska higiena* (str. 65–74). Ljubljana: Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino SZD.

Zdravstvena nega novorojenčka z abstinenčnim sindromom

UDK 616-053.31+613.8

KLJUČNE BESEDE: novorojenčki, abstinenčna kriza, zdravstvena nega

POVZETEK - V prispevku je predstavljena zdravstvena nega novorojenčka z abstinenčnim sindromom. Neonatalni abstinenčni sindrom ali odtegnitveni sindrom nastane kot posledica nenadne prekinitve izpostavljenosti ploda opioidom, ki jih je mati uporabljala ali zlorabljala v času nosečnosti. Zloraba prepovedanih drog je v svetu in pri nas v porastu. Med uživalci drog je tudi veliko žensk v rodnem obdobju. Znaki in simptomi, ki se pojavijo pri novorojenčku z abstinenčnim sindromom, so posledica prevelike vzdraženosti centralnega živčevja, motenega delovanja prebavil in dihal ter neravnovesja vegetativnega živčevja. Prepoznavanje in zdravljenje abstinenčnega sindroma novorojenčku olajša težave in prepreči življenjsko nevarne komplikacije. Opioidi in druge psihotropne snovi, ki jih mati uživa v času nosečnosti, različno vplivajo na razvoj ploda in izraženost klinične slike odtegnitve po rojstvu. Cilj zdravljenja je pomiritev novorojenčka ob čim manjši sedaciji z zdravili. Ključnega pomena pri tem so aktivnosti zdravstvene nege, ki vključujejo zmanjšanje senzorične stimulacije iz okolja, pomirjanje otroka ter navezovanje in vključevanje staršev v skrb za otroka.

UDC 616-053.31+613.8

KEY WORDS: newborn, neonatal abstinence syndrome, nursing care

ABSTRACT - This document presents the nursing care of a newborn with abstinence syndrome. Neonatal abstinence syndrome or withdrawal syndrome occurs as a result of a sudden interruption of fetal exposure to opioids, used or abused by mother during pregnancy. Abuse of illegal drugs is rising in the world and in our country. A lot of women of childbearing age are among drug users. Signs and symptoms that occur in a newborn with abstinence syndrome are excessive arousal of central nervous system, dysfunction of gastrointestinal and respiratory system and imbalance of vegetative nervous system. The recognition and treatment of neonatal abstinence syndrome reduces symptoms and prevents life-threatening complications. Opioids and other psychotropic substances consumed by mother during pregnancy have a disparate impact on fetal development and severity of the clinical picture of withdrawal syndrome after birth. The purpose of treatment is to calm the newborn while minimizing sedation with drugs. Crucial are nursing care activities which include the reduction of sensory stimulation from the environment, calming the child and establishing involvement of parents to take care of the child.

1 Uvod

Učinki opiatov in abstinenčni znaki pri uživalcih drog so bili znani že v 18. stoletju, šele v sedemdesetih letih 20. stoletja pa so se strokovnjaki pričeli sistematično ukvarjati s posledicami, ki jih imajo droge na plod in novorojenčka, ki je bil v času nosečnosti izpostavljen njihovim negativnim učinkom (Maguire, 2014).

Opiati so snovi, ki jih zaradi močnega analgetičnega učinka že dolgo uporabljamo v medicini. Poleg analgezije imajo na organizem številne druge učinke, ki povečajo občutek ugodja. Stalna prisotnost v celicah povzroči porušeno ravnovesje mediatorjev, kar vodi v odvisnost, nenaden padec psihoaktivnih snovi v telesu pa povzroči povečano vzdraženost centralnega in avtonomnega živčevja, kar imenujemo odtegnitveni ali abstinenčni sindrom. Otrok, ki je bil v času nosečnosti izpostavljen opiatom ima lah-

ko različne posledice. Zaradi učinka drog na krvne žile posteljice in nedohranjenosti matere plod zaostaja v rasti, zaradi tveganega življenjskega sloga matere lahko pride do prenosa nevarnih okužb z virusom HIV, hepatitisa B in C, ter bakterijami. Večje je tveganje za prezgodnji porod, po rojstvu pa nenaden padec nivoja droge v otrokovi krvi povzroči odtegnitveni sindrom (Cetin Lovšin, 2006). Neonatalni abstinenčni sindrom ali odtegnitveni sindrom pri novorojenčku se kaže pri tistih otrocih, ki so bili v maternici izpostavljeni delovanju prepovedanih substanc in jih je sicer mati uživala celo nosečnost, posledično pa postanejo otroci fizično odvisni od njih. Otroci, katerih matere uživajo nedovoljene substance, imajo lahko okvarjen živčni, prebavni ali dihalni sistem (Kassim in Greenough, 2006). Večinoma je neonatalni abstinenčni sindrom predstavljen kot posplošena multisistemska motnja, ki deluje na osrednji in avtonomni živčni sistem, ter prebavila. Čeprav je redko smrtonosen, lahko povzroči veliko bolezenskih stanj in pogosto podaljša bivanje v bolnišnici (Kocherlakota, 2014).

Klinična slika neonatalnega abstinenčnega sindroma vključuje motnje dihanja in srčnega utripa, razdražljivost, vztrajen cvileč jok, tremor, bruhanje, pogosto odvajanje tekočega blata, motnje hranjenja ter motnje v delovanju avtonomnega živčevja, ki se kažejo s kihanjem, zehanjem, s spremembo barve kože in z nihanjem telesne temperature. Kljub temu, da opiat in ostale psihoaktivne snovi prehajajo preko posteljice, se pri vseh novorojenčkih, rojenih materam odvisnicam ne razvije enaka klinična slika. Kako in kdaj se klinično izrazi odtegnitev psihoaktivnih snovi pri novorojenčku je odvisno od farmakokinetičnih lastnosti zlorabljenih snovi, materinega in otrokovega metabolizma ter vrste in količine droge, ki jo je mati nazadnje uporabila (Oeu in Lui, 2007).

Odvisnost od opiatov med nosečnostjo ima občutne posledice za otroka, ki se kažejo predvsem z neonatalnim abstinenčnim sindromom. Čeprav sta tako občasna kot zasvojitvena uporaba opiatov med nosečnostjo deležni velike pozornosti v zdravstveni skupnosti, uporaba opiatov med ženskami v rodnem obdobju narašča. Pojavnost neonatalnega abstinenčnega sindroma pri novorojenčkih izpostavljenih opiatom je med 21 % in 94 %, od teh pa jih približno polovica potrebuje farmakoterapijo (Backes idr., 2012).

Nacionalni inštitut za droge (National Institute on Drug Abuse) v ZDA poroča, da uporaba drog v nosečnosti poveča tveganje za prezgodnji porod, nizko porodno težo in nastanek abstinenčnega sindroma pri novorojenčku (Cleveland in Bonugli, 2014).

Prezgodaj rojeni otroci redkeje razvijejo neonatalni abstinenčni sindrom, zaradi nezrelosti plodovih možganov in števila receptorjev za psihoaktivne snovi. Lahko pa tudi zaradi manjšega placentarnega pretoka, zamaknjenege jeternega in placentarnega metabolizma, ter zmanjšanega nalaganja psihoaktivnih snovi, zaradi manjše količine maščevja pri prezgodaj rojenih otrocih (Kraft idr., 2016).

2 Nosečnost in odvisnost

Nosečnost je velik dogodek v življenju vsake ženske in lahko pomeni odločilno obdobje, v katerem začne bolj nadzirati svoje življenje za dobro sebe in svojega otroka. Zloraba prepovedanih drog je v svetu in pri nas v porastu. Med uživalci drog je tudi

veliko žensk v rodnem obdobju. Uporaba drog v nosečnosti je zapleteno področje, saj se pogosto prepleta s soobolenji kot so duševne bolezni, revščina in nasilje (Cleveland in Bonugli, 2014), zloraba več drog hkrati, pa še dodatno poslabša vliv na novorojenčka in povzroči težje odtegnitvene simptome (Argitas, 2014). Substance Abuse and Mental Health Administration (2011) vladna organizacija v ZDA, ki vodi evidenco o zlorabah drog in mentalnem zdravju ocenjuje, da 16 % nosečih najstnic in 7 % nosečnic starih 18 - 25 let uporablja prepovedane substance med nosečnostjo (Cleveland in Bonugli, 2014).

Diagnostičnih podatkov o uporabi drog ni mogoče zbrati na predpostavkah, da je bila pri nosečnici uporabljena ena ali več prepovedanih drog. Uporaba več drog hkrati je bolj pravilo kot izjema (Weiner in Finnegan, 2011).

Prednosti sodelovanja v predporodnem zdravljenju odvisnosti vključuje zmanjševanje iskanja drog, zlorabe nezakonitih substanc, prezgodnjega rojstva in umrljivosti otrok. Uporaba metadona pri odvisnicah v predporodnih programih izboljša koriščenje zdravstvene nege in pripravo na starševske odgovornosti, čeprav nekatere ženske nadaljujejo z uporabo nedovoljenih substanc. V praksi je neonatalni abstinenčni sindrom pogosto opažen pri otrocih, rojenih materam na metadonskem zdravljenju zaradi odvisnosti od opiatov (Backes idr., 2012).

Kljub naraščanju znanja in razumevanja odvisnosti kot kronične bolezni pri posameznikih še vedno prihaja do velike mere stigmatizacije odvisnikov. Nosečnice, ki uporabljajo prepovedane substance trpijo za dodatno stigmatizacijo, lahko povzročijo poškodbe ploda, vprašljivo je tudi njihovo materinstvo in so lahko kazensko odgovorne. Predpostavke o materini neprimernosti zaradi prenatalne uporabe prepovedanih snovi so dejansko napačne. Ne temeljijo na znanstvenih dokazih in se lahko zgodijo nepredvidene posledice. Nosečnice, ki uporabljajo prepovedane snovi, si zaslužijo sočutje in skrb, ne pa stanje izobčenja in kaznovanja (Terplan idr., 2015).

3 Neonatalni abstinenčni sindrom

Neonatalni abstinenčni sindrom so prvič opisali leta 1970 pri novorojenčku matere, ki je v nosečnosti uživala psihoaktivne snovi. Po letu 1990 so podobne klinične znake opažali pri starejših otrocih, ki so bili v času zdravljenja na enotah za intenzivno terapijo izpostavljeni opiatom in benzodiazepinom (Birshley, 2009).

Drogam izpostavljeni novorojenčki imajo odtegnitev od nedovoljenih substanc, ki so jih prejeli v maternici med nosečnostjo. Glede na povečanje uporabe in zlorabe nedovoljenih substanc v nosečnosti, se povečuje tudi pogostost nastanka neonatalnega abstinenčnega sindroma, kar povzroča vedno večjo zaskrbljenost pri zdravstvenih delavcih, ki skrbijo za te novorojenčke (Nelson, 2013).

3.1 Znaki in simptomi neonatalnega abstinenčnega sindroma

Znaki in simptomi neonatalnega abstinenčnega sindroma so posledica prevelike vzdraženosti centralnega živčevja, motenega delovanja prebavil in dihal ter neravnovesja vegetativnega živčevja. Mednje spadajo: razdražljivost, tremor, krči, potenje,

bruhanje, driska, nespečnost, moten sesalni refleks in neuspešno hranjenje, hitro dihanje ali prekinitev dihanja v napadih, zakrčenost mišic, kihanje, soljenje. Znaki so nato prisotni ves čas adaptiranja centralnega živčnega sistema na delovanje brez prisotnosti drog. Navadno so izraženi znaki nasprotni učinku drog in so pogojeni z izpostavljenostjo otroka v maternici heroinu, metadonu in ostalim opiatom. Ugotovljena je pomembna povezava med stopnjo odtegnitvenih znakov in odmerkom metadona v nosečnosti (Mc Lemore idr., 2013).

3.2 Lestvice za ocenjevanje neonatalnega abstinenčnega sindroma

Za ocenjevanje neonatalnega abstinenčnega sindroma je na voljo več različnih lestvic, ki omogočajo sistematično, objektivno in periodično vrednotenje znakov odtegnitve, ki so prisotni pri novorojenčku. Ocenjevanje znakov odtegnitve omogoča vpogled v razvoj neonatalnega abstinenčnega sindroma pri novorojenčku, ter pomaga pri odločanju o morebitnem zdravljenju z zdravili. Vendar pa so lestvice primerne predvsem za ocenjevanje donošenih novorojenčkov in manj za nedonošenčke, pri katerih se znaki odtegnitve zaradi nezrelosti osrednjega živčevja lahko izrazijo drugače. Nedonošenčki dosežejo višje število točk pri ocenjevanju tremorja, vztrajnega cvilečega joka, pospešenega dihanja, motenj hranjenja in manjše število točk pri ocenjevanju vzorcev spanja, mišične napetosti, odvajanja in neonatalnih refleksov (Committee on Drugs, 1998).

Najpogosteje za ocenjevanje neonatalnega abstinenčnega sindroma uporabljamo izvirno ali prirejeno Finneganovo lestvico Neonatal Abstinence Scoring System z 31 postavkami, ki jih ocenjujemo na 3 - 4 ure. Ocenjujemo jok, spanje, tremor, povišan mišični tonus in druge znake. Novorojenček, ki ga v treh zaporednih intervalih ocenimo z 8 točkami in več, potrebuje zdravljenje z zdravili. Točkovni sistem, ki ga je oblikoval Philip Lipsitz in ga priporoča tudi Ameriška akademija za pediatrijo (American Academy of Pediatric), je enostaven sistem, pri katerem se ocenjuje 11 postavk. S točkami od 0 - 3 ovrednotimo tremor, razdražljivost, neonatalne reflekse, pogosto odvajanje blata, mišično napetost in poškodbe na koži. Ostale postavke, kot so motnje dihanja, kihanje, zehanje, bruhanje in povišana telesna temperatura, opredelimo z »da« ali »ne«. Zdravljenje z zdravili uvedemo, če otrok zbere 4 točke. Manj znani lestvici sta Neonatal Withdrawal Inventory in Neonatal Narcotic Withdrawal Index (Jansson idr., 2009). Lestvica za oceno intenzivnosti abstinenčne krize pri novorojenčku je doživela številne modifikacije in poenostavitve.

Pri oceni abstinenčne krize je pomembno, da vse novorojenčke z neonatalnim abstinenčnim sindromom ocenimo vsake 4 ure, razen v primeru, če dosežejo visok seštevek točk, potem še pogosteje. Vse znake in simptome opazujemo skozi celotno obravnavo in ne samo na 4 ure. Novorojenčka za ocenjevanje ne zbudimo, saj morajo biti njegovi refleksi spontani in ne izzvani. Če joka ga pomirimo preden določimo mišični tonus, Morojev refleks in frekvenco dihanja. Zaposleni, ki skrbijo za novorojenčka z neonatalnim abstinenčnim sindromom morajo poznati in izvajati podporno zdravstveno oskrbo (Weiner in Finnegan, 2011).

4 Zdravstvena nega novorojenčka z abstinenčnim sindromom

Zdravstvena nega zasvojenih nosečnic in njihovih otrok prinaša veliko izzivov zaposlenim v zdravstveni negi. Medicinske sestre so v edinstvenem položaju za oceno nosečnosti pri zasvojenih materah, ter opazovanju znakov in simptomov odtegnitvenega sindroma pri občutljivih novorojenčkih. Zdravstvena nega ima priložnost, da vodi raziskovalno delo za razvoj negovalnih intervencij za doseganje najboljših praks pri oskrbi novorojenčka z neonatalnim abstinenčnim sindromom (Nelson, 2013).

Namen negovalnih intervencij je doseganje ciljev zdravstvene nege. Osnovni cilj zdravstvene nege je celovita in kakovostna oskrba novorojenčka z neonatalnim abstinenčnim sindromom (Mac Mullen idr., 2014).

V akutnem obdobju neonatalnega abstinenčnega sindroma moramo novorojenčku zagotoviti tiho, zatemnjeno okolje brez močne neposredne svetlobe in nepotrebnih dotikov. Pomembno je, da se otroku vedno približamo kar se da tiho, dotikamo se ga z nežnimi in počasnimi gibi. Otroku moramo omogočiti, da se na posamezni dotik prilagodi. Ob nenehnem opazovanju novorojenčkovih vedenjskih odzivov postopno dodajamo ostale dražljaje, kot so svetloba, zvok, glas ali neposredni očesni stik (Velez in Jansson, 2008).

Standardne intervencije v zdravstveni negi novorojenčka z neonatalnim abstinenčnim sindromom vključujejo glasbeno terapijo, kangaroo metodo (stik kože na kožo), masažo, uporabo nenihaajoče vodne postelje ter zmanjšano zunanjo stimulacijo. Te intervencije izpolnjujejo cilje za nefarmakološko zdravljenje, pomagajo staršem pri vključevanju in zmanjšujejo vplive zunanjih dejavnikov. Zdravstvena nega prav tako dokazuje pomembnost vključevanja in navezanosti staršev na te otroke (Maguire, 2014). K navezovanju poleg dojenja pripomore tudi sobivanje matere in otroka, ter vključevanje matere v nego in proces zdravljenja (Mac Mullen idr., 2014).

Naloga medicinske sestre je tudi poglobljen odnos z materjo in natančen opis jemanja drog pred in med nosečnostjo, prav tako pa posredovanje informacij socialni službi, ki bo družino vodila po odpustu iz porodnišnice. Zelo pomembna je tudi zdravstvena vzgoja staršev, da bodo doma nadaljevali z ustrežno nego, takšno kot jo potrebuje otrok z neonatalnim abstinenčnim sindromom. Zdravstveno osebje naj bi novorojenčku omogočilo čim bolj mirno okolje z nemotenim spancem, to pomeni združevanje aktivnosti (več postopkov se naredi istočasno) brez nepotrebne zbujanja in vznemirjanja novorojenčka. Naloga medicinskih sester je tudi stalno izobraževanje in poglobljanje znanja o neonatalnem abstinenčnem sindromu, saj s tem pripomorejo k boljši zdravstveni negi, lažje načrtujejo svoje aktivnosti in dosegajo boljše rezultate (Mac Mullen idr., 2014).

5 Dojenje novorojenčka z abstinenčnim sindromom

Bregant (2010) navaja, da skoraj vsa mamila, enako kot zdravila, prehajajo iz materine krvi v mleko. Prehajanje je odvisno od številnih dejavnikov: topnosti v maščobah

ali v vodi, molekulske mase in stopnje ioniziranosti pri določeni vrednosti pH. Bolje prehajajo tiste snovi, ki so dobro topne v maščobah.

Številni avtorji spodbujajo dojenje pri materah, ki so odvisne od drog, če to ni kontraindicirano (npr. jemanje nedovoljenih drog, alkoholizem in HIV). Dojenje zagotavlja optimalno prehrano za otroka, vpliva na povezanost matere in otroka, ter spodbuja mater, da je boljša v starševstvu. Na žalost so pri pregledu podatkov ugotovili, da le 24 % teh mater doji in da jih od tega 60 % odneha po šestih dneh (Mac Mullen idr., 2014). Ključno za pričetek in dalj časa trajajoče dojenje je zgodnje in stalno izraževanje teh žensk o prednostih, ki jih ima dojenje zanje in njihove otroke, ter kako to pripomore k zmanjševanju simptomatike abstinenčne krize (Pritham, 2013).

Dojenje lahko učinkovito zmanjša simptome neonatalnega abstinenčnega sindroma, ker se metadon in buprenorfin prenese z materinim mlekom. Matere odvisnice pogosto gojijo občutke krivde, ker so svoje nerojene otroke izpostavljale tveganim drogam. Zdravstveni delavci morajo biti v pomoč in spodbujati dojenje, kadarkoli je to mogoče (Pritham, 2013).

Stik kože na kožo medtem ko mati doji novorojenčka, igra pomembno vlogo pri lajšanju odtegnitvenih simptomov. Dojenje vpliva na boljši proces navezovanja matere na novorojenčka in ga dodatno zaščiti s pasivno imunizacijo (Pritham, 2013).

Matere novorojenčkov z neonatalnim abstinenčnim sindromom potrebujejo ustrezno izraževanje o prednostih dojenja in koristi materinega mleka za otroka. Ugotovljeno je, da je samo 53 % novorojenčkov, ki so se dojili in je bila mati na vzdrževalni terapiji z metadonom, potrebovalo farmakološko zdravljenje, medtem ko je kar 80 % novorojenčkov, ki niso bili dojeni potrebovalo farmakološko zdravljenje (Detweiler in Ward, 2015).

Ženske, ki se borijo z odvisnostjo od drog med nosečnostjo so morda najbolj ranljive bodoče matere. V novorojenčkom prijazni porodnišnici v Bostonu so med julijem 2003 in januarjem 2009 izvajali retrospektivno študijo, ki je vključevala vse novorojenčke z neonatalnim abstinenčnim sindromom in njihove matere. Cilj te raziskave je bil ugotoviti stopnjo dojenja pri ženskah, zasvojenih z opiaty. Upravičene do dojenja so bile tiste matere, ki so imele v tretjem trimesečju negativen urinski toksikološki test na prepovedane droge in negativen vzorec krvi na HIV. Identificirali so 276 parov (mami in otrok). Od tega je 40 % mater imelo eno ali več psihiatričnih diagnoz, 24 % jih je uživalo eno ali več psihiatričnih zdravil. Primerno za dojenje je bilo 68 % mater, 24 % jih je začelo z dojenjem v času hospitalizacije in 60 % jih je nehalo dojiti po približno šestih dneh. Zelo majhen odstotek žensk, ki so odvisne od opiatov, doji svojega otroka. Tri četrtine tistih ki lahko dojijo, ne želijo dojiti. Več kot polovica tistih mater, ki začnejo z dojenjem v porodnišnici, preneha z dojenjem že v prvem tednu po odpustu iz porodnišnice (Wachman idr., 2010).

6 Zaključek

Neonatalni abstinenčni sindrom je posledica pasivne izpostavljenosti ploda psihoaktivnim snovem, ki jih je mati uživala tekom nosečnosti. Znaki in simptomi, ki se pojavijo pri

novorojenčku z abstinenčnim sindromom so posledica prevelike vzdraženosti centralnega živčevja, motenega delovanja prebavil in dihal ter neravnovesja vegetativnega živčevja.

Zloraba drog v nosečnosti je močno povezana z obolevnostjo matere in plodu. Z uporabo drog matere ne škodujejo samo sebi, ampak tudi svojemu še nerojenemu otroku. Vloga zdravstvenega tima v medporodnem obdobju je, da zagotovi podporo, ne obsojanje in zmanjševanje vpliva zunanjih dejavnikov, ne samo v času nosečnosti, ampak tudi za čas starševstva. Za doseg tega mora celoten zdravstveni tim razumeti težave matere. Cilj predporodne zdravstvene oskrbe je zmanjšati tveganje za nastanek abstinenčnega sindroma pri novorojenčku in spodbujati materino odgovornost za stanje v katerem se nahaja ona in njen otrok (Wright in Walker, 2007).

Za novorojenčka, ki ima abstinenčni sindrom, je poleg zdravil potrebna ustrezna zdravstvena nega. Prav tako ima pomembno vlogo zdravstvena vzgoja staršev.

Vloga medicinske sestre je prepoznati znake neonatalnega abstinenčnega sindroma in v okviru tega novorojenčka pozorno opazovati, spremljati in ocenjevati ter vse spremembe skrbno beležiti in sporočiti drugim članom zdravstvenega tima.

Pri obravnavi novorojenčka z abstinenčnim sindromom se na Kliničnem oddelku za perinatologijo oziroma Porodnišnici Ljubljana izvaja podporna oskrba novorojenčka, kar pomeni, da novorojenčku zagotovimo miren in rahlo zatemnjen prostor, brez močne svetlobe in nepotrebnih dotikov. Vedno se mu približamo kar se da tiho, dotikamo se ga z nežnimi, počasnimi gibi. S primerno mikroklimo, oblačenjem in zavijanjem v mehko odejico novorojenčku pomagamo pri vzdrževanju normalne telesne temperature. Iz otrokovega bivalnega okolja odstranimo dražljaje, ki vplivajo na njegovo čezmerno čutno zaznavanje, pomagamo mu doseči mirno spanje in mirno budnost ter ustrezno skrbimo za čisto in zdravo kožo. Pogosteje mu ponudimo manjše obroke hrane. Novorojenčka pozorno opazujemo in znake absinenčne krize ocenimo s točkovno lestvico po Finneganovi. Prve dni po rojstvu ga ocenjujemo na 3 - 4 ure in če je seštevek točk več kot 8, se zdravnik odloči za terapijo z raztopino morfija. Morfij je najbolj pogosto zdravilo za zdravljenje neonatalnega abstinenčnega sindroma. Solucija morfija je varna in enostavna za uporabo.

Zdravstveno osebje bi moralo kontinuirano pridobivati znanje s tega področja, le tako bo lahko zagotovilo čimbolj kakovostno oskrbo za novorojenčke z abstinenčnim sindromom in njihove starše. Medicinske sestre kot zagovornice otrok in njihovih staršev, svoje delo opravljajo z veliko empatije in jim dajo vedeti, da so kljub težavam, ki jih imajo, sprejeti in spoštovani. Saj je tak odnos najboljši za novorojenčka z abstinenčnim sindromom.

LITERATURA

1. Artigas, V. (2014). Management of neonatal abstinence syndrome in the newborn nursery. *Nurs Womens Helth*, 18 (6), 509–514.
2. Backes, C. H., Backes, C. R., Gardner, D., Nankervis, C. A., Giannone, P. J. in Cordero, L. (2012). Neonatal abstinence syndrome: transitioning methadone-treated infants from an inpatient to an outpatient setting. *J Perinatol*, 32, 425–430.

3. Behnke, M. and Smith, V. C. (2012). Prenatal substance abuse: short and long-term effects on the exposed fetus. Pridobljeno, s <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/3/e1009>.
4. Birchley, G. (2009). Opioid and benzodiazepine withdrawal syndromes in the pediatric intensive care unit: a review of recent literature. *Nurs Crit Care*, 14 (1), 26–37.
5. Bregant, L. (2010). Kemikalije in prepovedane droge v ženskem mleku. V Z. Felc (ur.), Tečaj laktacije za opravljanje izpita za naziv mednarodni pooblaščen svetovalec za laktacijo IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) (str. 211–219). Celje: Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije.
6. Cetin Lovšin, I. (2006). Novorojenčki rojeni od opiatov odvisnim materam. V Zbornik predavanj: Preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih psihoaktivnih snovi in kontinuiran razvoj pediatrične zdravstvene nege. Portorož, 19. in 20. oktober 2006, (10–12). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.
7. Cleveland, L. M. in Bonugli, R. (2014). Experiences of mothers of infants with neonatal abstinence syndrome in the neonatal intensive care unit. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 43 (3), 318–329.
8. Committee on Drugs, (1998). American Academy of pediatrics. Pridobljeno, s <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/101/6/1079.full.pdf>.
9. Detweiler, A. in Ward, C. (2015). Neonatal Abstinence Syndrome and Breastfeeding: A Review of Literature. Pridobljeno 11. 3. 2016, s http://digitalcommons.wcupa.edu/nurs_stuwork/24/.
10. Jansson, L. M., Choo, R. in Velez, M. L. (2008). Methadone maintenance and breastfeeding in the neonatal period. Pridobljeno, s <http://pediatrics.aappublications.org/content/121/1/106.long>.
11. Kassim, Z. in Greenough, A. (2006). Neonatal abstinence syndrome: identification and management. Elsevier, *Current Pediatrics*, 16 (3), 172–175.
12. Kocherlakota, P. (2014). Neonatal abstinence syndrome. Pridobljeno, s <http://pediatrics.aappublications.org/content/134/2/e547.long>.
13. Kraft, W. K., Stover, M. W. in Davis, J. M. (2016). Neonatal abstinence syndrome: Pharmacologic strategies for the mother and infant. Pridobljeno, s [http://www.seminperinat.com/article/S0146-0005\(15\)00197-4/](http://www.seminperinat.com/article/S0146-0005(15)00197-4/).
14. Maguire, D. (2014). Care of the infant with neonatal abstinence syndrome. *J Perinat Neonat Nurs*, 28 (3), 204–211.
15. Mc Limore, G. L., Lewis, T., Jones, H. C. in Gauda, E. B. (2013). Novel pharmacotherapeutic strategies for treatment of opioid-induced neonatal abstinence syndrome. *Semin Fetal Neonatal Med*, 18 (1), 35–41.
16. Mac Mullen, N. J., Dulski, L. A. in Blobaum, P. (2014). Evidence-based interventions for neonatal abstinence syndrome. *Pediatr Nurs*, 4, 165–204.
17. Nelson, M. M. (2013). Neonatal abstinence syndrome: The nurses role. *Int J Childbirth Educ*, 1, 38–42.
18. Oeu, J. in Lui, K. (2007). Management of the newborn infant affected by maternal opiates and other drugs of dependency. *J Pediatr Child Health*, 43, 9–18.
19. Pritham, U. A. (2013). Breastfeeding promotion for management of neonatal abstinence syndrome. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 42 (5), 517–526.
20. Terplan, M., Kennedy-Hendricks, A. in Chisolm, M. S. (2015). Prenatal substance use: Exploring assumptions of maternal unfitness. Pridobljeno, s <http://www.la-press.com/prenatal-substance-use-exploring-assumptions-of-maternal-unfitness-article-a5084>.
21. Velez, M. L. in Jansson, M. (2008). The opioid dependent mother and newborn dyad: nonpharmacologic care. *J Addict Med*, 2 (3), 113–120.
22. Wachman, E. M., Byun, J. in Philipp, B. L. (2010). Breastfeeding rates among mothers of infants with neonatal abstinence syndrome. *Breastfeed Med*, 5 (4), 159–164.
23. Weiner, S. M. in Finnegan, L. P. (2011). Drug withdrawal in the neonate. In L. S. Gardner, B. S. Carter, M. I. Enzman-Hines in J. A. Hernandez (eds.). *Neonatal intensive care*. 7th ed. (pp. 201–221). St. Louis, Missouri.

Zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev

UDK 614.2-052+364.69

KLJUČNE BESEDE: zdravstvene storitve, kakovost, zadovoljstvo uporabnikov, merjenje zadovoljstva

POVZETEK - Zadovoljstvo oziroma nezadovoljstvo uporabnika je povezano z različnimi vidiki in dimenzijami zdravstvene storitve, kot so demografske lastnosti, osebne izkušnje in pričakovanja, kontrola nad odločanjem in medsebojni odnosi, večine komunikiranja in informiranja, profesionalne veščine in kompetence. Namen prispevka je preko študija literature raziskati zvezo med zadovoljstvom uporabnikov in kakovostjo zdravstvene storitve ter ugotoviti dejavnosti, ki vplivajo na zadovoljstvo uporabnikov. Tako najprej predstavimo potrebe po tovrstnih storitvah in izpostavimo kakovost storitve kot temeljnega elementa zadovoljstva. Nato pa se osredotočimo na merjenje zadovoljstva, ki je ključno za ohranitev konkurenčnosti na današnjem trgu zdravstvenih storitev. Zadovoljstvo uporabnika z zdravstveno storitvijo je treba kontinuirano meriti predvsem zaradi spremenjenih potreb in pričakovanj uporabnikov ter novih zahtev po kakovosti in učinkovitosti dela v zdravstvu. Izvajalci zdravstvenih storitev morajo v celoti razumeti pričakovanja uporabnikov in storitve izvesti v skladu z njimi.

UDC 614.2-052+364.69

KEY WORDS: healthcare service, quality, satisfaction, measuring user satisfaction

ABSTRACT - User satisfaction or dissatisfaction is related to different aspects and dimensions of healthcare services, such as demographic features, personal experiences and expectations, control over decision-making and interpersonal relations, communication and information skills, professional skills and competencies. The purpose of this paper is to explore the relationship between customer satisfaction and quality of healthcare services, and to identify the factors that contribute to the users of healthcare services satisfaction through the study of literature. First, we introduce the need for healthcare services and highlight the quality of services as a fundamental element of satisfaction. Next, we focus on measuring the satisfaction, which is crucial to remain competitive in today's market of healthcare services. The user satisfaction has to be continuously measured primarily due to changes in the needs, expectations and new demands for quality and efficiency of health care. Healthcare providers must fully understand the expectations of users and services carried out in accordance with them.

1 Uvod

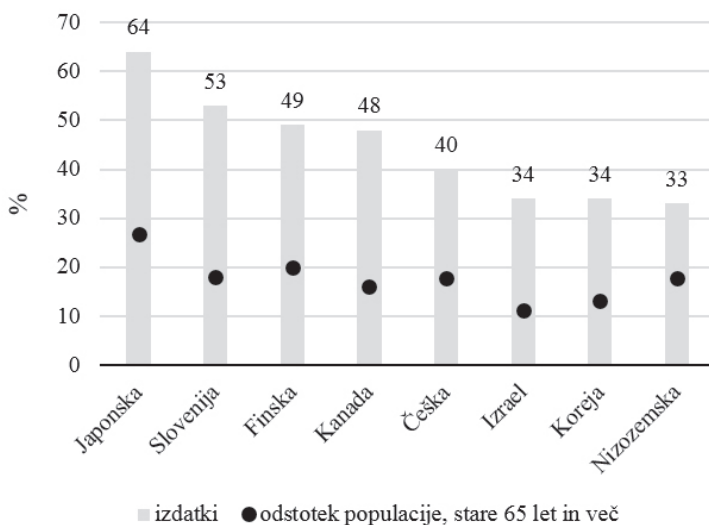
Na trgu zdravstvenih storitev nastopajo različni udeleženci, kot so izvajalci, zavarovalnice, država. Država oblikuje ponudbo in s tem vpliva na povpraševanje po zdravstvenih storitvah. Pacient pričakuje najboljšo kakovost in odzivnost ne glede na to, da ni nujno neposredni plačnik storitev in stroški niso v celoti njegova skrb. Zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev lahko opišemo kot stopnjo usklajenosti med pričakovanji uporabnika in dejansko prejeta zdravstveno storitvijo. Stepurko idr. (2016, str. 2) navajajo, da je zadovoljstvo pomemben kazalnik kakovosti zdravstvene oskrbe, ki jo opravlja zdravstveno osebje, in zdravstvenega sistema v celoti ter prikazuje predvsem kakovost sporazumevanja z uporabniki, medsebojnih odnosov in organizacije dela. Uporabnik/pacient ima o tem, kakšna je zdravstvena storitev in na kakšen način jo bo dobil, svoje predstave. Vedno večja osveščenost in zahteve uporabnikov zdravstvenih storitev vodijo k večji odzivnosti izvajalcev zdravstvenih storitev, hkrati pa se s tem višajo tudi pričakovanja uporabnikov.

V članku se osredotočamo na zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev. Preko študija literature želimo raziskati zvezo med zadovoljstvom uporabnikov in kakovostjo zdravstvene storitve ter ugotoviti dejavnike, ki vplivajo na zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev. Tako najprej predstavimo potrebe po tovrstnih storitvah in izpostavimo kakovost storitve kot temeljni element zadovoljstva. Nato pa se osredotočimo na merjenje zadovoljstva, ki je ključnega pomena za ohranitev konkurenčnosti na današnjem trgu zdravstvenih storitev.

2 Potrebe po zdravstvenih storitvah

Potrebe po zdravstvenih storitvah so v pozitivni korelaciji s krepitevijo preventive in zgodnjega odkrivanja bolezni, pa tudi s staranjem prebivalstva. S starostjo se potrebe po zdravstvenih storitvah povečujejo, saj se s povečevanjem deleža starejših oseb povečuje število kroničnih bolezni in stanj, s tem pa tudi potrebe po njihovi ustrezni obravnavi. Povečujejo se potrebe po zdravlilih, hospitalizaciji, medicinskih pripomočkih in obravnavah pacientov na vseh ravneh zdravstvene službe. Po statističnih podatkih OECD (2013, str. 162) starostna skupina 65 let in več porabi sorazmerno več sredstev za zdravljenje kot je delež prebivalstva v tej starostni skupini (graf 1).

Graf 1: Izdatki za zdravstvo za osebe, stare 65 let in več



Vir: OECD (2016). Health Statistics; OECD (2013). Health at a Glance 2013, str. 162. Japonska namenja največji delež bolnišničnih izdatkov za ljudi, stare 65 let in več (64 %) in ima tudi največji delež oseb v tej starostni skupini (23 %). Izrael, Koreja in Nizozemska pa namenjajo le tretjino vseh izdatkov za to starostno skupino, kar je vsaj delno povezano z deležem prebivalstva v tej starostni skupini, ki je v teh državah med 10 % in 15 %. Slovenija je s 53 % deležem bolnišničnih izdatkov na drugem mestu.

Kot navaja Toth (2004, str. 731), več študij kaže, da ima prebivalstvo nad 65 let starosti od 2- do 5-krat večje potrebe po zdravstvenih storitvah in finančnih sredstvih za njihovo izvajanje kot preostala populacija. Tako so na primer v Veliki Britaniji ugotovili, da potrebujejo osebe nad 65 let starosti 4-krat več zdravstvenih storitev kot tiste pod to starostno mejo. Podobno so ugotovili na Japonskem, da ob povprečni frekvenci potrebnih storitev na 1.000 prebivalcev, ki znaša 400, dosega ta pri osebah nad 75 let že 550. Podatki nacionalnih zdravstvenih zavarovanj oziroma nacionalnih sistemov zdravstvene varnosti (OECD, 2013) prav tako kažejo na povečane potrebe po zdravstvenih storitvah. Posledično je to povezano z večjimi potrebami po zdravstvenih zmogljivostih, kot so zdravstveni kadri, bolnišnice, ambulate, oprema in razna sredstva za zdravljenje.

Populacijske spremembe, staranje prebivalstva in manjša rodnost pomenijo za zdravstvo vse večjo finančno obremenitev. Izvajalci zdravstvenega varstva so tako v priležnosti uporabnikov, države in plačnika, ki zahtevajo vse več vse boljših storitev za vse nižjo ceno. Po drugi strani, pa sta ponudba in povpraševanje po zdravstvenih storitvah v rokah izvajalcev. Uporabnik zdravstvenih storitev je običajno slabo informiran o tem, kakšno zdravstveno storitev potrebuje, kakšna je kakovost in kakšna je ustrezna cena te storitve. Med kupcem (pacientom) in prodajalcem (zdravnikom) je prisotna asimetrija informacij glede poznavanja zdravstvenega problema in možnosti zdravljenja. Uporabnik je v veliki meri odvisen od zdravnika in njegovih odločitev o zdravljenju oziroma oskrbi (Česen, 2003, str. 20). Zaradi nesorazmernosti informacij so nujni ukrepi države (standardi kakovosti in druga regulacija, nadzor), s katerimi država zavaruje uporabnika pred uporabo nepotrebnih, predragih, škodljivih zdravstvenih storitev ali pred storitvami slabe kakovosti.

3 Kakovost zdravstvene storitve je temeljni element zadovoljstva

Z razliko od izdelkov, za katere je značilna izkazana kakovost, pri storitvah prevladujejo izkustvene značilnosti in značilnosti, v katerih obstoj kupec zgolj verjame. Ko govorimo o kakovosti storitve, pogosto mislimo na izvedbo te storitve skladno s specifikacijo, predvidenim postopkom ali storitvenim procesom. Ta se praviloma razlikuje od porabnikovega zaznavanja kakovosti izvedbe storitve in njegovega pričakovanja.

Uporabniki storitev ocenjujejo po tehnični plati (dejanski rezultat storitve – ali je poseg uspešen) in funkcionalni kakovosti (način izvedbe storitve – ali je zdravstveni delavec izražal skrb), in kot navaja Kotler (2004, str. 451–452), svoja pričakovanja oblikujejo na podlagi preteklih izkušenj, ustnih priporočil in se pri presojanju kakovosti storitve v veliki meri opirajo na ceno, osebje in fizične znake. Pričakovanja so pravzaprav odraz vrednot posameznika in družbe v opredeljevanju svobode, enakopravnosti, zdravja ljudi, varovanja okolja, učinkovitosti in uspešnosti poslovanja organizacije.

Kakovost ni samo ena homogena spremenljivka, ampak zapleten konstrukt, ki vključuje vrednote, prepričanja in navade posameznikov, vključenih v interakcijo zdravstvenega varstva. Po Ovretveitu (2009, str. 5) je kakovost storitev v zdravstvu popolno

zadovoljevanje potreb tistih, ki zdravstvene storitve najbolj potrebujejo, pri najbolj učinkoviti in produktivni porabi virov v okviru meja in smernic, ki jih določajo vlada in uporabniki. Tako opredeljena kakovost ima tri dimenzije: (1) *kakovost za uporabnika (Client Quality)*: Uporabniki storitev opredeljujejo kakovost drugače kot strokovnjaki ali organizacije, ki opravljajo storitve. Uporabnikov storitev ne zanima učinkovitost ali uspešnost sistema storitev, ampak to, kaj jim storitev pomaga doseči, kakšen je njen učinek na njihova življenja. Pri tem poudarjajo, da je način, kako je storitev opravljena – obseg, do katerega jim odnos izvajalcev daje ali jemlje moč – temeljna in nujna sestavina kakovosti. Za pacienta je torej najpomembnejši njegov zdravstveni izid, pri čemer ne mislimo samo na ozke tehnične izide zdravljenja, ampak tudi na funkcionalni vidik in kakovost pacientovega življenja v zvezi z njegovim zdravjem; (2) *kakovost za stroko (Professional Quality)*: strokovnjaki opredelijo standarde, ki jih sami nadzirajo in vrednotijo rezultate. Za ta pristop je značilna avtonomija odločanja, utemeljena na poslanstvu stroke; uporabnik je zgolj prejemnik storitev; (3) *kakovost za menedžment (Management Quality)*: poslovni pristop h kakovosti zdravstvenih storitev se osredotoča na učinkovito in produktivno porabo virov, vključuje pacienta in njegovo zadovoljstvo kot osrednjo komponento za doseganje učinkovitosti in uspešnosti organizacije.

Kakovostna zdravstvena obravnava pomeni dosledno ustvarjanje izidov zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami ob upoštevanju naslednjih načel kakovosti (Gadalean idr., 2011; Kersnik, 2010):

- profesionalna kakovost (izpolnjevanje pacientovih potreb in želja ter spoštovanje njihovih vrednot),
- celovito zagotavljanje kakovosti (organizacijski pristop k stalnemu izboljševanju kakovosti),
- uspešnost (ali naši posegi izboljšajo zdravstveno stanje pacienta?),
- varnost (ali bomo škodili pacientu?),
- pravičnost (koliko časa mora pacient čakati?),
- učinkovitost (ali lahko to storimo ceneje z enakim rezultatom?),
- enakost (ali prihaja do diskriminacije na podlagi spola, starosti, socialnega statusa?),
- osredotočanje na pacienta (ali zdravimo paciente tako, kot bi zdravili lastne starše ali otroke?).

Zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev je pomemben kazalnik kakovosti in prikazuje predvsem kakovost sporazumevanja s pacienti, medsebojnih odnosov in organizacije dela.

4 Zadovoljstvo

Kakovost storitve predstavlja dolgotrajno celovito vrednotenje storitve, medtem ko zadovoljstvo predstavlja trenutno reakcijo na izvedeno storitev (Lovelock in Wright, 2002, str. 265). Pacient ima o tem, kakšna je zdravstvena storitev in na kakšen način jo bo dobil, svoje predstave. Raven zadovoljstva oblikujejo tako, da primerja predhod-

na pričakovanja v zvezi z ravno izvajanja izdelka ali storitve ter procesa z dejansko zaznavo te. Na nastajanje in zadovoljevanje potreb ljudi vpliva splet dejavnikov, ki jih lahko delimo na: ljudem lastne (osebnostne) dejavnike in dejavnike, ki delujejo iz okolja (Snoj, 1998, str. 26, 83). Opravljati storitev kakovostno torej pomeni delovati v skladu s pričakovanji uporabnika.

Danes je splošno sprejeto mnenje, da zadovoljstvo uporabnika vsebuje subjektivno (čustveno, emotivno) in objektivno (racionalno, kognitivno) komponento. Zadovoljstvo je relativno, saj je odvisno od subjektivno zaznane kakovosti in različnih pričakovanj posameznika, na katere vplivajo pretekle izkušnje in drugi dejavniki (Možina idr., 2012, str. 205). Snaj (1998, str. 158) opredeljuje zadovoljstvo uporabnikov kot emocionalno reakcijo uporabnikov na izkušnje v zvezi z določenimi storitvami, in sicer v zvezi z njimi. Zadovoljstvo je izraženo uporabnikovo dožemanje lastne izkušnje z zdravstveno oskrbo, s posameznim postopkom, s posameznim izvajalcem, z zdravstveno ustanovo v celoti ali njenim delom ter s sistemom zdravstvenega varstva. Zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev je tudi pomemben cilj zdravstvene politike, saj se je marsikateri uporabnik prisiljen obrniti na najbližjega izvajalca, v nujnem primeru pogosto niti ne more odločiti o tem, kdo naj mu nudi zdravstveno storitev.

Zagotavljanje zdravstvenih storitev (shema 1) predstavlja skupek med seboj povezanih in prepletenih pogojev, ukrepov, aktivnosti, postopkov, odnosov in razmerij, v katerih se znajdejo udeleženci, vključeni v sistem zdravstvenega varstva. Pri tem sta kot izid ob strokovnem ravnanju izvajalcev zdravstvenih storitev izjemnega pomena stroškovna zanimivost in zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev.

Shema 1: Pogoji, postopki in izidi zdravstvenih storitev



Vir: Prirejeno po Kersnik, J. (2010). *Kakovost v zdravstvu*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, str. 17.

Zadovoljstvo s storitvijo lahko opredelimo tudi kot izraženo uporabnikovo dojemanje lastne izkušnje z zdravstveno storitvijo, posameznimi postopki in izvajalci, zdravstveno ustanovo v celoti ali njenim delom in s celotnim sistemom zdravstvenega varstva (Gazvoda, 2004, str. 152). Ugotavljanje zadovoljstva uporabnika storitev je izredno pomembno za vnašanje nenehnih izboljšav v storitveni organizaciji in za pot k odličnosti (Likon, 2013).

Pestor (2008) v raziskavi o zadovoljstvu pacientov prav tako ugotavlja zadovoljstvo pacientov kot element kakovostne obravnave. Pozitivni odgovori o zadovoljstvu pacientov še ne pomenijo kakovosti, ampak samo enega od kazalnikov stopnje kakovosti. Merjenje pacientovega zadovoljstva omogoča pacientom izraziti svoje mnenje in tako sodelovati pri odločanju o zdravstveni oskrbi in zdravstveni negi. Mnenja pacienta predstavljajo dragoceno sredstvo za načrtovanje sprememb in izboljšav.

Zaradi prizadevanj za večjo kakovost storitev je pomembno ugotavljanje zadovoljstva uporabnikov in predvsem ugotavljanje dejavnikov, oziroma značilnosti storitve, ki najbolj vplivajo na zadovoljstvo uporabnikov.

4.1 Dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo

Zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev je po svoji naravi subjektivno in ne odraža vedno nujno »realnosti«. Temelji na uporabnikovih pričakovanjih, zaznavah, stališčih, prepričanjih in predhodnih izkušnjah.

Gadalean idr. (2011) so v svoji mednarodni študiji proučili 39 dejavnikov, povezanih z (ne)zadovoljstvom uporabnikov zdravstvenih storitev. Ugotovili so, da na zadovoljstvo pozitivno vplivajo predvsem naslednji dejavniki: ustrezno zdravljenje, sočutje izvajalca in njegova jasna razlaga o postopkih, odsotnost bolečine, prikaz pravilne nege, ustrezen odnos izvajalca z družino, hiter odziv in ustrezna obravnava pacienta.

Zadovoljstvo je pomemben izid storitve. Kaže se skozi spremenjeno zdravstveno stanje ali bolj neposredni izid, kot so napotitev, recept, posamezni poseg ali občutene škodljivosti. Kersnik (2010, str. 218) meni, da na zadovoljstvo s storitvijo vplivajo tudi demografske lastnosti pacienta (starost, spol, izobrazba), njegovo zdravstveno stanje, odnos, ki ga ima z zdravnikom, kako sporoča svoje znake in občutja, kakšna so njegova pričakovanja. Pri zadovoljstvu uporabnika gre za skladnost med pričakovanjem uporabnika glede zdravstvene storitve in resničnostjo, kot jo sam doživlja in dožema (Česen, 2003, str. 198). Kaže se kot zadovoljstvo ali nezadovoljstvo z zdravstvenim izidom ter odnosi med njim in izvajalci v času zdravljenja. Stopnja zadovoljstva pacientov je poleg želenega merjenja izida tudi legitimen način merjenja kakovosti, kajti naraščajoča stopnja zadovoljstva pacientov pomeni tudi boljšo pripravljenost in sodelovanje pacientov v postopkih zdravljenja in zdravstvene nege ter povečuje občutek izvajalcev storitev, da so delo dobro opravili.

Dejavniki, kot so pacientovo pričakovanje, demografske značilnosti in narava boleznih pomembno vplivajo na skupno stopnjo zadovoljstva pacientov s kakovostjo zdravstvene storitve (Han idr., v: Železnik in Rajčič, 2014, str. 196). Zadovoljstvo povečujejo naslednji dejavniki (Fekonja, 2013, str. 25): dobri medsebojni odnosi med pacienti in zdravstvenimi delavci (medicinskimi sestrami), visoka raven znanja zdravstvenih

delavcev, vljudno vedenje do pacientov, odzivanje na potrebe pacientov v doglednem času in izpolnjevanje pacientovih pričakovanj.

Demografske lastnosti uporabnikov zdravstvenih storitev, kot so spol, starost, zakonski stan in izobrazba vplivajo na zadovoljstvo s storitvijo. Fekonja (2013, str. 25) navaja številne raziskave, ki to potrjujejo. Da *osebne izkušnje in pričakovanja* prav tako vplivajo na zadovoljstvo, smo že povedali. Podobno je s *kontrolno nad odločanjem*. Nekateri uporabniki zdravstvenih storitev želijo biti vključeni in aktivno sodelovati pri izvedbi storitve, nekateri pa ne želijo prevzeti odgovornosti in želijo, da izvajalci (npr. medicinske sestre) odločajo v njihovem imenu (pooperativno vstajanje, obvladovanje bolečine itd.). *Medsebojni odnosi* se kažejo v tem, koliko pozornosti izvajalec zdravstvene storitve nameni uporabniku in v kakšnem obsegu sta mu bili izraženi empatija in potrpežljivost. Oboje vpliva na stopnjo zadovoljstva uporabnika. Razumljiva komunikacija in podajanje informacij izvajalca zdravstvene storitve, torej *veščine komuniciranja in informacije o zdravstvenem stanju*, sta predpogoj za uporabnikovo zaznavanje zadovoljstva s storitvijo. Stepurk idr. (2016) izpostavljajo kot pomemben dejavnik zadovoljstva uporabnikov storitev tudi *profesionalne veščine in kompetence* izvajalcev storitve.

Izvajalci zdravstvenih storitev si na različne načine prizadevajo za povečanje zadovoljstva uporabnikov njihovih storitev, in sicer: (1) z rednim merjenjem (ne)zadovoljstva uporabnikov, (2) identificiranjem vzrokov njihovega nezadovoljstva, (3) sistematičnim in sistemskim odpravljanjem teh vzrokov, (4) predvidevanjem možnih vzrokov za njihovo nezadovoljstvo in (5) z inovacijo delovnih procesov za doseganje kakovosti nad pričakovanju uporabnikov.

4.2 Merjenje zadovoljstva

Merjenje zadovoljstva uporabnikov zdravstvenih storitev je ključen pokazatelj kakovosti, s katerim lahko hkrati merimo tudi izid storitve. Menedžmentu daje pomembne informacije o uspešnosti izvajanja storitev, ki so povezane z uporabnikovimi vrednotami in pričakovanju. Hkrati pa je merjenje zadovoljstva pomembno orodje za raziskavo, izvajanje in načrtovanje storitev v zdravstvu ter njihovo izboljševanje. Kot navajata Železnikova in Rajčičeva (2014, str. 196), imamo v zdravstvu različne pristope in ogrodja za spremljanje izvajanja zdravstvenih storitev in zadovoljstva pacientov, ki bi jih bilo treba poenotiti. Pomen merjenja zadovoljstva uporabnikov narašča predvsem zaradi spremenjenih potreb, pričakovanj uporabnikov in novih zahtev po kakovosti in učinkovitosti dela v zdravstvu.

Zadovoljstvo uporabnika z izdelkom/storitvijo ali procesom je zahtevno meriti, saj ima vsak posameznik različna pričakovanja v zvezi s kakovostjo. Zadovoljstvo uporabnikov s storitvijo se meri kot razlika med vrednostjo, ki jo uporabniki pričakujejo od storitve in dejansko zaznana vrednostjo storitve ob uporabi (Snoj, 1998, str. 29). Pomembno je, da pacient pri obravnavi nima občutka izgubljenosti v sistemu, temveč prepozna individualno obravnavo, brez nerazumno dolge čakalne vrste in že ob vstopu v sistem vključi temeljna izhodišča svojega zadovoljstva.

Po mnenju Kersnika (2010, str. 107) zadovoljstvo uporabnika zdravstvenih storitev lahko opazujemo posredno s tem, da analiziramo obiskanost zdravnika, zamenjave osebnega zdravnika ipd. Neposredno pa ga lahko merimo z različnimi vprašalniki, ki so lahko del pritožnega sistema, ali pa ločene raziskave. Organizacije si pri merjenju zadovoljstva uporabnikov storitev pomagajo z naslednjimi merili (Rojšek, 1998, v: Možina idr., 2012, str. 209):

- pritožbe oziroma število pritožb: delež storitev, za katere so podane pritožbe v celotnem številu storitev,
- zahteve, naslovljene na posamezni oddelek: težave in pritožbe, s katerimi se uporabniki obračajo na posamezni oddelek, njihova vsebina, število in delež v celotnem obsegu storitev,
- intenzivnost potrebe po storitvi: kako pogosto in v kakšnem obsegu se uporablja določena storitev,
- zanesljivost: v kakšni meri uspe organizaciji izpolnjevati dogovorjene roke in druge obljube.

Zadovoljstvo uporabnikov v javnem in zasebnem zdravstvu lahko ocenimo z različnimi vprašalniki, ki jih lahko pacienti izpolnijo po opravljeni storitvi (na primer nacionalna anketa o izkušnjah pacientov v bolnišnici, 2012). Merilo je lahko tudi knjiga pripomb in pritožb.

Če je pacient zadovoljen z opravljeno storitvijo, to pozitivno vpliva na izvajalce zdravstvenih storitev in celotno zdravstveno organizacijo. Zadovoljen pacient bolj dosledno upošteva navodila in nasvete zdravstvenih delavcev kot nezadovoljen. Posledično to pomeni, da preživi manj časa pri zdravniku in vpliva na zmanjšanje stroškov zdravstvenega varstva.

Merjenje zadovoljstva uporabnikov je bistveni del ocene zdravstvenih storitev z vidika kakovosti storitev in odzivnosti zdravstvenega sistema. Stepurko idr. (2016) v svoji študiji predstavijo zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev s kakovostjo izvedbe in dostopnostjo storitve v šestih evropskih državah (Bolgarija, Madžarska, Litva, Poljska, Romunija in Ukrajina). Rezultati kažejo, da je približno 10 – 14 % uporabnikov storitev nezadovoljnih s kakovostjo ali dostopom do zdravstvenih storitev. Opazne so precejšnje razlike med državami. Tako je npr. najvišja stopnja nezadovoljstva z dostopom do ambulantne storitve (16,4 %) med pacienti v Litvi, na Poljskem pa sta stopnji zadovoljstva s kakovostjo ambulantnih in bolnišničnih storitev precej višji od zadovoljstva z dostopom do teh storitev. Čeprav so povprečne stopnje zadovoljstva na državo relativno visoke, je prostora za izboljšave še ogromno. Veliko uporabnikov zdravstvenih storitev je namreč nezadovoljnih. Predvsem so to tisti, ki plačujejo storitve neformalno in tisti, ki niso zmožni plačevati. To vodi v dvom o poštenosti opravljanja zdravstvene dejavnosti v proučevanih državah in nujnosti ukrepanja snovalcev zdravstvene politike v posamezni državi.

Na osnovi raziskave zadovoljstva hrvaških uporabnikov zdravstvene nege na domu Železnikova in Rajčičeva (2014) ugotavljata, da je več kot polovica anketirancev povsem zadovoljnih s storitvami zdravstvene nege na domu. Večje zadovoljstvo izkazujejo nepomični anketiranci, kar je na neki način pričakovano in kaže na dobro opravljeno delo medicinskih sester ali pa morebiti na bojazen uporabnikov, da bi v primeru

izkazovanja nezadovoljstva bila njihova obravnava prekinjena. Najmanj zadovoljni so tisti uporabniki, ki jih medicinska sestra obišče samo dvakrat na teden, opravi zgolj s strani zdravnika predpisano negovalno aktivnost, za pogovor pa ji ne ostane časa, ker je slednji natančno odmerjen. Pri proučevanju zadovoljstva z zdravstvenimi storitvami avtorici ugotavljata, da uporabniki poleg ozdravitve pričakujejo tudi ustrezen odnos in čas, ki jim ga zdravstveni delavci namenijo. Pomembni so torej ustrezni medsebojni odnosi in komunikacija.

Bolj ko je ponudba zdravstvenih storitev prepuščena tržnim zakonitostim, večji pomen ima merjenje zadovoljstva uporabnikov za poslovanje. Upoštevanje posameznikovega zdravstvenega stanja, poseganje v njegovo intimnost, nizka dohodkovna elastičnost povpraševanja po zdravstvenih storitvah in pacientovo subjektivno razumevanje kakovosti zdravstvene storitve opredeljujejo posebnosti trženja zdravstvenih storitev.

5 Zaključek

Pričakovanja posameznika in celotne družbe so kakovostne in varne storitve, izvedene v optimalnih pogojih ob pravem času z ustrežno usposobljenimi strokovnjaki in s primerno opremo. Zadovoljstvo je eno od meril kakovosti, pomembnih za uporabnika, za organizacijo pa je predpogoj, da si ohrani uporabnikovo zaupanje v njihove storitve. Ugotavljanje zadovoljstva uporabnikov storitev je zelo pomembno in hkrati zelo kompleksno in zahtevno. Spremljanje zadovoljstva uporabnikov storitev je zdravstvenemu menedžmentu v pomoč pri ugotavljanju izobraževalnih potreb zaposlenih, odkrivanju področji, na katerih se pojavljajo organizacijski problemi, odkrivanju nepravilnosti pri izvajanju storitve, nagrajevanju in krepitevi delovne morale osebja. Z razvojem zdravstvene dejavnosti bo kriterij zadovoljstva pomembno vplival na odločitev pri izbiri izvajalca zdravstvene storitve.

Povzamemo lahko, da sta zadovoljstvo in pričakovanje uporabnika bolj odvisna od izvajalčevega znanja (storitve na podlagi znanja, za katere je značilno vlaganje v človeški kapital), strokovnosti, njegovega vedenja in komunikacijskih sposobnosti kot pa od storitve same. Uporabniki sodelujejo med zdravstveno storitvijo, soodločajo in sprejemajo odgovornost za lastno življenje. Zdravstveni delavci jim zagotavljajo informacije in znanje. Pri tem morajo v celoti razumeti pričakovanja uporabnikov in storitve izvesti v skladu z njimi.

Zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev predstavlja pomembno vlogo pri nenehnem izboljševanju kakovosti v zdravstvu.

LITERATURA

1. Česen, M. (2003). Management javne zdravstvene službe. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
2. Fekonja, Z. (2013). Zadovoljstvo pacientov s kakovostjo zdravstvene nega na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

3. Gadalean, I., Cheptea, M. and Constantin, I. (2011). Evaluation of patient satisfaction. *Applied Medical Informatics*, 29 (4), 41–47.
4. Gazvoda, M. T. (2004). Zadovoljstvo varovancev kot pomemben del poslovne odličnosti. V *Kakovost – različni pristopi, skupen cilj*. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost.
5. Kersnik, J. (2010). *Kakovost v zdravstvu*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
6. Kotler, P. (2004). *Management trženja*. Ljubljana: GV Založba.
7. Likon, B. (2013). Trženje storitev in pomen ugotavljanja zadovoljstva porabnikov za zagotavljanje kakovosti. Ljubljana: Povzetek iz IBS poročevalca.
8. Lovelock, C. in Wright, L. (2002). *Principles of Service Marketing and Management*, 2/E. Upper Saddle River: Prentice Hall.
9. Možina, S. idr. (2012). *Vedenje potrošnikov in tržnikov*. Maribor: Založba Pevec.
10. OECD (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing.
11. OECD (2016). *Health Statistics*. Pridobljeno, s <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
12. Ovreteit, J. (2009). Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. London: The Health Foundation.
13. Pestor, L. (2008). Izvleček raziskave zadovoljstva pacientov kot element kakovostne obravnave v urgentni ambulanti bolnišnice Golnik. *Raziskovalno delo*. Golnik.
14. Snoj, B. (1998). *Marketing storitve*. Koper: Visoka šola za management Koper.
15. Stepurko, T., Pavlova M. and Groot, W. (2016). Overall satisfaction of health care users with the quality of and access to health care services: a cross-sectional study in six Central and Eastern European countries. *BMC Health Services Research*, 16.
16. Toth, M. (2004). Koriščenje zdravstvenih storitev po življenjskih obdobjih, zlasti po 65. letu starosti. *Zdravniški vestnik*, 73 (10), 731–735.
17. Železnik, D. in Rajčič, S. (2014). Zadovoljstvo starejših uporabnikov zdravstvene nege na domu. *Obzornik zdravstvene nege*, 48 (3), 195–205.

Privrženost obitelji i utjecaj razvoda braka roditelja na dijete

UDK 347.627.2-053.3

KLJUČNE RIJEČI: obitelj, roditelji, dijete, bazična sigurnost, privrženost

POVZETEK - U ovom radu zanima nas privrženost članovima obitelji, odnosno emocionalna povezanost koju djeca osjećaju prema svojim roditeljima, a koju karakterizira želja za bliskošću te uгода prilikom kontakta s njima. U radu će biti prikazan slučaj trinaestogodišnje djevojčice koja živi s ocem i starijim bratom (17,5 godina) u lošim socio-ekonomskim uvjetima. Djevojčica je prije razvoda roditelja bila odlična učenica, u školu je krenula s pet godina, izrazito uspješna u sportskim aktivnostima. Po razvodu počela je iskazivati agresivno ponašanje, rušila postavljene joj granice, bila suicidalna, rubno psihotična. Usljedile su česte hospitalizacije po psihijatru, opservacija u domu za odgoj mladeži, traženje udomiteljske obitelji. Uključena je u intenzivni program Dnevne bolnice pri dječjoj bolnici Kantrida. U skrb su bili uključeni zdravstveni, socijalni, odgojno-obrazovni i pravosudni stručnjaci. Djevojčica je tijekom sudjelovanja u Dnevno bolničkom programu uspješno završila osnovno školsko obrazovanje i upisala srednju školu po vlastitom izboru. Boljeg je uvida u svoje stanje. Pokušava poštivati dogovoreno. Pokazuje veliku potrebu za objektom koji joj daje osjećaj bazične sigurnosti. Obiteljska dinamika odnosa vrlo je zahtjevna, dogovoren je nastavak započetog terapijskog procesa.

UDC 347.627.2-053.3

KEY WORDS: family, parents, child, basic security, attachment

ABSTRACT - In this paper we are interested in commitment to family or emotional connection that children have with their parents, which is characterised by the desire for intimacy and comfort in their contact. In our paper we show the case of a thirteen-year-old girl who now lives with her father and older brother (17.5 years) in poor social and economic conditions. Before the divorce of the girl's parents she was an excellent student, who began school at age five, and very successful in sports activities. After the divorce she started to express aggressive behaviour, she did not respect any rule of behaviour, she was suicidal with episodes of psychosis. As a result of these changes, she was frequently hospitalised in a child psychiatry department and placed for observation in the institution for children and adolescents with behavioural problems. She was even placed on a register for foster families. Later she participated in an intensive program of Daily hospital in the Children's Hospital in Kantrida. In her treatment process, the medical, social, educational and judicial experts were involved. While participating in the Daily hospital programme, the girl successfully completed primary school education and enrolled in secondary school of her choice. After time she became more aware and had a better insight into her condition. She put more effort to respect the rules of society. The girl still needs and is seeking for the object of basic security. The family dynamics is very challenging, the agreement on continuation of the therapy process has been made.

1 Uvod

Privrženost je snažna emocionalna povezanost s objektom privrženosti, a svrha joj je održavanje blizine sa objektom privrženosti, osobito u stresnim uvjetima (Bartholomew i Horowitz, 1991). Privrženi odnos se iskazuje privrženim ponašanjem, a ono se odnosi na bilo koju vrstu ponašanja koje rezultira ostvarenjem ili održavanjem blizine ili kontakta s osobom kojoj smo privrženi tj. s objektom privrženosti. Privrženo ponašanje se aktivira kada dijete nije u blizini osobe kojoj je privrženo, dok se prekida

kada je objekt privrženosti dostupan (Cassidy, 1999). Bowlby (1973, prema Cassidy, 1999) navodi kako nije važna puka fizička prisutnost objekta privrženosti, nego i uvjerenje da će objekt privrženosti biti dostupan, ukoliko ga osoba koja mu je privržena zatreba. Ponašanje dojenčeta najbolje opisuje funkcije privrženosti. Dojenče pokazuje tendenciju ostanka u neposrednoj blizini objekta privrženosti, pogotovo u situacijama stresa. Nadalje objekt privrženosti služi kao sigurno utočište u koje se dojenče vraća po utjehu i umirenje u slučaju opasnosti i prijetnji. Naposljetku, objekt privrženosti služi kao sigurna baza koja omogućuje dojenčetu nesmetano istraživanje okoline. Neposredna okolina, sigurno utočište i sigurna baza tri su karakteristike koje neki odnos mora zadovoljiti da bi se nazvao privrženim (Hazan i Shaver, 1994). Privrženo ponašanje temeljni je i važan aspekt ljudskog života. Bowlby (1969; Kamenov i Jelić, 2003) smatra da privrženo ponašanje postaje organizirano unutar ličnosti pojedinca i određuje emocionalne veze tijekom cijelog njegova života, te kako jednom uspostavljen tip privrženosti u djetinjstvu djeluje i strukturira kvalitetu odnosa u adolescenciji i zreloj dobi.

2 Privrženost u adolescenciji

Bowlby u svojoj teoriji navodi kako je privrženost važna okosnica svih bliskih odnosa, (a ne samo majka-dijete) i to kroz sve razvojne faze čovjeka, (a ne samo u djetinjstvu) te kao takva u bitnome određuje kvalitetu bliskih odnosa kroz cijeli životni vijek čovjeka (Mikulincer i Shaver, 2007). Adolescencija je tranzicijski period u kojem je glavni zadatak pojedinca razvoj autonomije i samostalnosti. Kako navode Allen i Land (1999), adolescencija nije samo spona između djetinjstva i odrasle dobi, na adolescenciju bi trebalo gledati kao na period dubokih emocionalnih, kognitivnih i bihevioralnih promjena koje za cilj imaju razvoj adolescenta iz primatelja skrbi i njeg-e u potencijalnog skrbnika. Priroda odnosa roditelj-dijete u ovoj se fazi neminovno mijenja, adolescent traži više slobode i neovisnosti, a mijenja se i hijerarhija objekata privrženosti u kojoj su na vrhu sada prijatelji, a ne roditelji. Kako navodi Steinberg (1990, prema Allen i Land, 1999) iako korištenje prijatelja kao objekata privrženosti ponekad može biti prilično nespretno, to je vid sigurne privrženosti u djetinjstvu, a ujedno i jedini način da se razviju kapaciteti za privrženost u odrasloj dobi. Na želju za autonomijom, prema tome, treba gledati kao na vid zdravog razvoja, jer se jedino na taj način može ostvariti najvažniji zadatak u budućnosti, a to je uspostavljanje dugoročnih romantičnih partnerskih odnosa. S obzirom da je evidentno da adolescenti ne trebaju potporu roditelja na način koji je treba dojenčad, postavlja se pitanje koja je uloga i funkcija privrženosti u adolescenciji. Prema Allan i Land (1999), adolescenti još uvijek trebaju roditelje kao potporu u razvijanju kapaciteta za emocionalnu regulaciju, odnosno adolescenti koriste roditelje kao sigurne baze iz kojih istražuju cijeli niz emocionalnih stanja koja im pomažu da uče živjeti kao potpuno autonomni odrasli pojedinci.

3 Reakcije na razvod roditelja s obzirom na spol i dob djeteta

Jedna od ključnih varijabli za prilagodbu djece razvedenih roditelja, pokazala se dob djeteta u kojoj je ono bilo kada su se njegovi roditelji razveli. Oderberg (1986, prema Ottaway, 2010) navodi da što su djeca bila mlađa u vrijeme kada su im se roditelji razvodili, to poslije imaju više problema u svojim intimnim odnosima. Takve nalaze objašnjava nemogućnošću male djece da shvate i suoče se s rastavom roditelja. Isto tako, Oderberg smatra kako se mlađoj djeci, u takvim situacijama, pruža manje socijalne podrške koja bi im pomogla da prebrode tu traumu. Drugi autori navode da djeca koja su bila mala kada su im se roditelji razveli, poslije u adolescenciji, imaju problem s vjerovanjem da mogu biti vjerni svom partneru i da mogu održati svoju vezu, a svako neslaganje u vezi vide kao mogući prekid odnosa (Wallerstein i Blakeslee, 1989, prema Ottaway, 2010), što bi se moglo protumačiti kao nesigurnost u vezi. Također, ova skupina ima tendenciju da ranije stupa u brak i općenito, intimne i seksualne odnose, što se tumači načinom da se popuni praznina koju osjećaju. S druge strane, neki autori (Wallerstein, 1984, prema Ottaway, 2010) smatraju da tijekom razvoda roditelja mlađa djeca manje pate od starije, jer se i manje sjećaju pa razvod na njih ne može dugoročno imati negativnog utjecaja. Čudina-Obradović i Obradović (2006) navode kako nalazi povezanosti dobi djeteta u vrijeme razvoda i negativnih posljedica razvoda nisu konzistentni. Dok starija istraživanja (McLanahan i Sandefur, 1994, prema Čudina-Obradović i Obradović, 2006) nalaze da su djeca u dobi od tri do devet godina najosjetljivija na razvod roditelja, neka novija istraživanja pokazuju da razvod djeluje jednako negativno bez obzira na dob u kojoj je dijete u vrijeme kada mu se roditelji razvode (Amato, 2001, prema Čudina-Obradović i Obradović, 2006). Sljedeća varijabla koja se pokazala važnom za privrženost ljubavnim partnerima djece rastavljenih roditelja je spol djeteta. U istraživanjima se pokazalo da razvod roditelja ima više negativnog utjecaja na intimne odnose, kada su u pitanju žene, nego kada je riječ o muškarcima. Za djevojke je vjerojatnije da će izgubiti kontakt sa svojim ocem nakon razvoda roditelja, što povećava vjerojatnost razvoja nesigurnog obrasca privrženosti u ljubavnom odnosu (Amato i Booth, 1994., prema Ottaway, 2010). Što se tiče muškaraca, za njih je vjerojatnije da se uopće neće upuštati u intimne, ljubavne odnose i da će ih probati što više izbjegavati (Amato, 1996, prema Ottaway, 2010). Ukratko, za žene je veća vjerojatnost da razviju zaokupljeni (anksiozni) stil privrženosti u svojoj ljubavnoj vezi, a za muškarce je vjerojatnije da će razviti izbjegavajući tip privrženosti. Kod oba spola je od velike važnosti nedostatak, upravo, očinske figure: dobri odnosi s ocem povezani su s manje riskantnog seksualnog ponašanja i sretnijim brakom kod žena, a kod muškaraca je očinska figura odgovorna za cjelokupno funkcioniranje (Ottaway, 2010). Neki autori (Wallerstein i Blakeslee, 1989, prema Ottaway, 2010) smatraju kako trauma povezana s razvodom, ima veći utjecaj u djetinjstvu i adolescenciji kada je riječ o muškarcima, a kada je riječ o ženama posljedice traume na privrženost ljubavnim partnerima vidljivija je u odrasloj dobi. To je, pak, dob u kojoj se intimne veze i stvaraju pa možda zbog toga, prividno, žene imaju većih intimnih problema uslijed razvoda roditelja. S druge strane, Kamenov i sur. (2010) nalaze kako

se obilježja primarne obitelji u mlađoj dobi više odražavaju na privrženost djevojaka, nego mladića, a kasnije na oba spola. Iz navedenog se može sažeti kako zaključci o spolnim razlikama s obzirom na cjelovitost obitelji nisu konzistentni i zasigurno pri zaključivanju u ovom kontekstu treba voditi računa o dobnoj skupini na kojoj je istraživanje provedeno.

4 Stavovi prema razvodu i braku i predanost bliskom odnosu

Prema teoriji socijalnog učenja (Bandura, 1977, prema Cui idr., 2011) iskustvo roditeljske rastave može utjecati na formiranje stavova o razvodu, ali i na stupanj involviranosti pojedinca u ljubavnoj vezi. Djeca roditelja čiji je brak obilježen raznim problemima i intenzivnim svađama razvit će pozitivan stav prema razvodu, a negativan prema braku, što će negativno utjecati na njihovu predanost vezi, za koju se pretpostavlja da će u tom slučaju biti niska, što nadalje negativno utječe i na kvalitetu veze (Cui i Fincham, 2010). Pretpostavlja se da djeca uče obrazac ponašanja u situacijama roditeljskih konflikata i samim time problemi u komunikaciji, kritiziranje i neadekvatno rješavanje problema, prenosi se i na njih. U tom slučaju djeca na jednak način rješavaju probleme, što onda povećava vjerojatnost prekida veze (Amato, 1996; Caspi i Elder, 1988; Jacquet i Surra, 2001; Sanders idr., 1999, prema Cui i Fincham, 2010). Brojne su studije pronašle da su za bliske odnose djece rastavljenih roditelja važni stavovi prema razvodu te predanosti u braku ili vezi. Npr. u usporedbi s djecom iz cjelovitih obitelji, mladi iz rastavljenih obitelji imaju pesimističnije poglede na brak i liberalnije stavove o razvodu, te razvod vide kao rješenje problematičnog braka (npr. Amato, 1996, Amato i Booth, 1997, Axinn i Thornton, 1996, Booth, Johnson, White i Edwards, 1985, Trent i South, 1992, prema Cui idr., 2011). Isto tako, pokazalo se da mladi odrasli čiji su roditelji rastavljeni općenito pokazuju niži stupanj predanosti i u vezama i u braku (Amato i DeBoer, 2001, Amato i Rogers, 1999, Whitton, Rhoades, Stanley i Markman, 2008, prema Cui idr., 2011). Weiser (2008, prema Cui idr., 2011) potvrđuje ove rezultate na studentskoj populaciji, njegovi rezultati ukazuju na nisko vjerovanje u vječnost braka i nizak stupanj predanosti u vezi kod mladih čiji su roditelji rastavljeni. U istraživanju Cui i idr. (2011) dobiveno je da djeca rastavljenih parova imaju pozitivne stavove prema razvodu, u usporedbi s djecom iz cjelovitih obitelji. Imaju i nešto malo niži stupanj predanosti u vezi, a i među njima je veća proporcija onih koji prekidaju vezu unutar prvih 14 tjedana. Delač (2007) u istraživanju na hrvatskim srednjoškolicima dobiva da djeca razvedenih roditelja imaju jednako pozitivan stav prema razvodu kao i djeca iz loše funkcionirajućih obitelji, vjerojatno jer su se na primjeru vlastite obitelji uvjerali da razvod može donijeti smanjenje tenzija i sukoba između roditelja, ali i da istovremeno imaju pozitivan stav prema braku, slično kao i djeca iz dobro funkcionirajućih obitelji. Posljedično, u vezama gdje su stavovi prema razvodu pozitivni, a međusobna predanost partnera niska, niska je i kvaliteta te veze ili braka, što onda dovodi i do prekida. Kao što je vidljivo, u ovakvoj situaciji javlja se ono što je u psihologiji poznato kao samoispunjujuće proročanstvo. No, razni teoretičari se slažu u jednome, a to je da sam razvod roditelja ne mora nužno imati negativan

utjecaj na ljubavne odnose djece u odrasloj dobi, već iskustvo roditeljskog razvoda te kvaliteta njihovog braka dok je trajao, kao i učestalost svađa mogu imati negativnog utjecaja na vezu, prvenstveno na stupanj predanosti pojedinca u toj vezi.

5 Prikaz slučaja

Djevojčica KD 13 godina i 10 mjeseci. Dolazi na pregled, kao razlog dolaska navodi »svađu s mamom jer nije išla u školu jer ju je boljela glava, a mama joj je navodno rekla da joj se svaki dan sve više gadi, da pripada ocu sa kojim ima problema.« Očuh joj je navodno »odličan, bolji od vlastitog oca. Smeta joj što je dobila na težini po lijekovima. Željela bi da izgleda starije iako njeni vršnjaci žele izgledati mlađi. Kod tate ode vikendom ali je kod njega dosta neuredno pa je nije baš volja odlaziti.« Brat živi sa tatom i navodno mu je tamo dobro. Zadnjih mjesec dana joj je ponekad došla misao da bi skratila život ali nije to pokušala, htjela bi da to bude brzo, da ne pati jer se dosta u životu napatila, probola bi se nožem ili bacila sa zgrade, tako nešto, ali tog sada nema. Navodi da je 2. dijete u obitelji, ima starijeg brata (17. g.) koji ju je provocirao od malena do danas. Ima i polusestru od tri godine koju »obožava i voli najviše od svih.« Trudnoća majke, porod i njen rani psihomotorni razvoj su uglavnom bili uredni. U jaslice nije išla, »ne sjeća se tko ju je čuvao, zapravo svi u obitelji, tata, mama, teta, baka ...«. U vrtić je išla od 3.-5. g. i tamo joj je bilo super, odlično, jedino nije tamo mogla spavati. Navodi da se »roditelji se od djetinjstva nisu slagali većinom ni u ničemu, u postupcima koje su radili, znali su se posvađati, pa su se rastali kad je imala 5 godina. Njoj je ta rastava bila o. k. jer ljudi se nisu slagali i prekinut će.« Od 1. - 6. razreda Osnovne škole joj je bilo »o. k. ali je u razredu bila jedna cura koja je voljela svima naređivati i to joj je išlo na živce. Dvojici blizanaca roditelji rade u školi kao profesori, njima se poklanjaju ocjene i to svima u razredu smeta.« Odlična je učenica ali navodi da »mrzi iz sve duše geografiju i povijest zbog detalja i godina i da joj od djetinjstva nije jasno i muči je što mala djeca moraju patiti od neke teške bolesti, a nisu ni kriva ni dužna. Profesorice iz matematike i povijesti su davež. Zanima je zašto ne bi mogla biti u vezi sa čovjekom starijim od 18 godina ako se jedno drugom sviđaju, zašto to zakon ne dopušta.« ... Trenutno živi s ocem i sedamnaestogodišnjim bratom. Otac je nezaposlen, brat optužen radi krivičnog djela silovanja. Žive kao podstanari, niskog imovinskog stanja. Majka je zasnovala novi brak u kojem je rođena djevojčica. Ima svoj vlastiti obrt.

Radi nerazriješenih odnosa roditelja djeca često uvučena u iste. Majka je odbijajuća, po nalazu vještaka paranoidni poremećaj osobnosti. Otac, ne autoritativan, širokih granica. Djeca su za dobivanje roditeljske ljubavi spremna uraditi i nedozvoljeno.

Oba djeteta iznadprosječne inteligencije. Školski program prolazili bez teškoća s najvišim ocjenama. Bili uključeni u izvan školske aktivnosti, u istima postizali vrhunske uspjehe na državnim prvenstvima. Rastavom roditelja cijeli sustav se ruši. Djevojčica traži utjehu u čestim hospitalizacijama. Dječak napušta školovanje i traži se u sekti. Svađe do nivoa fizičke agresije budu učestale. Djevojčica se sukobi i u školi. Bude premještena no ubrzo prestaje pohađati nastavu. Uključi se socijalna služba. Obitelj

dobije nadzor. Djevojčica se uključi u Dnevno bolnički program pri dječjoj bolnici Kantrida u sklopu koje počinje pohađati nastavu. Uspješno završi osnovno školsko obrazovanje. Dječak gubi jednu godinu školovanja. Odbija nastaviti školovanje u istoj školi, no na nagovor ipak pristaje.

Kroz godinu dana rada s obitelji za zamijetiti je da je djeci najvažnije imati konstantnost sigurnog objekta koji daje osjećaj bazične sigurnosti. Za terapeuta to je bilo iznimno zahtjevno razdoblje jer na raspolaganju je morao biti kroz dvadeset četiri sata.

6 Rasprava

Brojne studije pokazale su kako djeca rastavljenih roditelja u ranoj odrasloj dobi imaju veći rizik od brojnih negativnih posljedica tog događaja, od kojih su neke: nizak socioekonomski status, loš odnos s roditeljima, simptomi depresije i nestabilnost u drugim bliskim odnosima (Sobolewski i Amato, 2007). Ako se k tome doda i pretpostavka da se obrasci ponašanja u primarnoj obitelji prenose s generacije na generaciju, odnosno da međusobni odnosi roditelja mogu u velikoj mjeri utjecati na ljubavne odnose djece u odrasloj dobi. Uzimajući u obzir Bowlbyevu pretpostavku (Hazan i Shaver, 1994) kako bi svi ljudi trebali imati urođenu potrebu za sigurnošću u bliskim odnosima. Nalazi nekih istraživanja navode kako, bez obzira na spol, one osobe koje se ne boje intimnosti i bliskosti izvještavaju o sigurnosti u odnosima, a one koje su anksiozne i boje se napuštanja partnera izvještaju o nesigurnosti u vezi (Feeney, 1999). U istraživanju autorica Ručević i Mihalj (2013) dobiveno je da mladići postižu više rezultate na dimenziji izbjegavanja u bliskim odnosima s oba roditelja, kao i da izvještavaju o izraženijem osjećaju otuđenosti u odnosima s roditeljima, za razliku od djevojaka koje su izvijestile o boljoj komunikaciji u odnosima s majkom i ocem. Rezultati tog istraživanja pokazuju i to kako su djevojke, u odnosu s roditeljima, u većoj mjeri sigurno i zaokupljeno privržene, a mladići odbijajuće i plašljivo (Ručević i Mihalj, 2013). No, u tom istraživanju nije utvrđen sustavni učinak spola kao moderatora odnosa stilova privrženosti i obilježja kvalitete privrženosti (str. 86., Ručević i Mihalj, 2013). Kamenov i Jelić (2005) pronašli su da studenti, u usporedbi sa studenticama, u većoj mjeri pokazuju izbjegavanje prema roditeljima, ali razlike u anksioznosti nisu pronađene. No, kada je riječ o privrženosti roditeljima, u većini istraživanja nisu pronađene razlike s obzirom na spol. Kako navodi Del Giudice (2011) brojna istraživanja su ispitivala spolne razlike u privrženosti roditeljima i sve su dobile da se distribucije privrženosti roditeljima kod muškaraca i žena ne razlikuju (npr. van Ijzendoorn, 2000, prema Del Giudice, 2011), uz iznimku većeg broja muškaraca zastupljenog u dezorganiziranom tipu privrženosti (David i Lyons-Ruth, 2005., prema Del Giudice, 2011). Uostalom kada kćeri već odrastu vjerojatno se odnos majka-kćer mijenja, komunikacija postaje otvorenija i intimnija, a međusobna podrška više prijateljska pa otuda izraženiji briga od gubitka naklonosti i strah od napuštanja u odnosu s majkom. Što se tiče izbjegavanja kod mladića, ono je možda uvjetovano i promjenom u hijerarhiji privrženosti. Naime, moguće je da mladićima nije više potrebna bliskost s roditeljima, nego je ostvaruju u drugim bliskim odnosima, a roditelji

postaju »objekti privrženosti u pričuvni« (Kamenov i Jelić, 2003). Također, viša razina izbjegavanja u odnosu s roditeljima, kod mladića može izražavati veću potrebu za samostalnošću i nezavisnošću nego li je to slučaj kod djevojaka, što je potvrđeno i u brojnim drugim istraživanjima (npr. Cross, Bacon i Morris, 2000; Cross i Madson, 1997; Caldwell i Peplau, 1982; Davidson i Duberman, 1982, prema Kamenov i Jelić, 2005). Kako navode neki autori (npr. Ručević i Mihalj, 2013), iako se naglašava da osobe bez obzira na spol imaju urođenu potrebu za sigurnošću, još uvijek nije jasno razlikuju li se muškarci i žene u strategijama i ponašanjima kojima održavaju taj osjećaj sigurnosti. Kako navodi Bartholomew (1994), ali i brojni drugi autori, djevojčice i dječaci tijekom odrastanja pod utjecajem su različitih socijalizacijskih pritisaka, pogotovo kada je riječ o regulaciji emocija i afekata u bliskim odnosima. Prema tome, ovakvi nalazi mogli bi se objasniti rodno specifičnom socijalizacijom: djevojke se kroz odrastanje potiče na brigu o osjećajima i potrebama drugih (Moretti, Holland i McKay, 2011., prema Ručević i Mihalj, 2013) dok se dječake potiče na veću kontrolu emocija, autonomnost, nezavisnost i osobnu odgovornost (Baumeister i Sommer, 1997; Block, 1983, prema Ručević i Mihalj, 2013). Kao rezultat toga, za mladiće je manje vjerojatno da će biti zaokupljeni i ovisni o bliskim odnosima, i da će pokazivati strah od napuštanja, kao što je za djevojke manje vjerojatno da će izbjegavati bliskost i intimnost u odnosima s drugima. Možda odatle potječu neke razlike koje se s vremenom očituju u zavisnosti, (a onda i anksioznosti) u bliskim odnosima kod žena i izbjegavanju u bliskim odnosima kod muškaraca. Iako je već ranije naglašena nekonzistentnost nalaza o razlikama u privrženosti između muškaraca i žena koje proizlaze iz različitih pretpostavki unutar same teorije, neki autori su skloni istaknuti da nije dovoljno istraživana moderatorska uloga spola za odnos kvalitete i stilova privrženosti. Kako navodi Bartholomew (1994) u slučaju spolnih razlika od velike je važnosti način konceptualiziranja privrženosti: govori li se o stilovima ili dimenzijama privrženosti, koji su mjerni instrumenti korišteni za ispitivanje privrženosti i koristi li se više indikatora privrženosti ili se uzima samo jedan odnos u obzir.

Na kraju, postavlja se pitanje smije li se na osnovu toga što istraživanja privrženosti u dojenačkoj dobi nisu našla spolne razlike, zaključiti da ih neće biti ni u odrasloj dobi bez obzira na sva razvojna iskustva koje je osoba do tada doživjela. To su pitanja na koje buduća istraživanja privrženosti tek trebaju odgovoriti. Smatramo da buduća istraživanja, osim teorijskih postavki, trebaju uzeti u obzir i razlike u socijalizaciji djevojčica i dječaka, i to ne samo kroz djetinjstvo, nego i u adolescenciji, tj. sve do odrasle dobi.

LITERATURA

1. Allen, J. P. i Land, D. (1999). Attachment in adolescence. U J. Cassidy i P. R. Shaver (ur). Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Applications (str. 319–335). New York: The Guilford Press.
2. Bartholomew, K. (1994). Assessment of individual differences in adult attachment. *Psychological Inquiry*, 5 (1), 23–67.
3. Bartholomew, K. i Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226–244.

4. Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. U J. Cassidy i P. R. Shaver (ur). *Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (str. 3–20). New York: The Guilford Press.
1. Cui, M. i Fincham, F. D. (2010). The differential effects of parental divorce and marital conflict on young adult romantic relationships. *Personal Relationships*, 17, 331–343
2. Čudina-Obradović, M. i Obradović, J. (2006). *Psihologija braka i obitelji*. Zagreb: Golden Marketing-Tehnička knjiga.
3. Del Giudice, M. (2011). Sex differences in romantic attachment: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37 (2), 193–214.
4. Delač, I. (2007). Stavovi srednjoškolaca prema braku i razvodu s obzirom na cjelovitost obitelji i kvalitetu odnosa među roditeljima. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
5. Feeney, J. A. (1999). Adult romantic attachment and couple relationships. U J. Cassidy i P. R. Shaver, (ur). *Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 335–377). New York: The Guilford press.
6. Hazan, C. i Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5 (1), 1–22.
7. Kamenov, Ž. i Jelić, M. (2003). Validacija instrumenta za mjerenje privrženosti u različitim vrstama bliskih odnosa: Modifikacija Brennanovog Inventara iskustava u bliskim vezama. *Suvremena psihologija* 6 (1), 73–92.
8. Kamenov, Ž. i Jelić, M. (2005). Stability of attachment styles across students' romantic relationships, friendships and family relations. *Review of Psychology*, 12 (2), 115–123.
9. Kamenov, Ž., Jelić, M., Delač Horvatinčić, I., Ivanković, P. i Rajić Stojanović, I. (2010). Privrženost obitelji i ljubavnim partnerima u odnosu na strukturu i kvalitetu primarne obitelji (str. 63). Zadar: XVII Dani psihologije.
10. Mikulincer, M. i Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood*. New York: The Guilford Press.
11. Ottaway, A. J. (2010). The impact of parental divorce on the intimate relationship of adult offspring: A review of literature. *Graduate Journal of Psychology*, 2 (1), 5.
12. Ručević, S. i Mihalj, I. (2013). Privrženost u adolescenciji–odnos kvalitete, stilova i dimenzijaprivrženosti: Usporedba djevojaka i mladića. *Psihologijske teme* 22 (1), 69–91.
13. Sobolewski, J. M. i Amato, P. R. (2007). Parents' discord and divorce, parent-child relationships and subjective well-being in early adulthood: Is feeling close to two parents always better than feeling close to one? *Social Forces*, 85 (3).

Problematika tenzidov v odpadnih vodah zdravstvene dejavnosti

UDK 628.3:614.2

KLJUČNE BESEDE: bolnišnična odpadna voda, tenzidi, kemija, biologija, mikrobiologija

POVZETEK - Odpadna voda je onesnažena voda, ki nastaja zaradi človekovega (antropogenega) vpliva pri uporabi vode v gospodinjstvu, na kmetijskih farmah, v gospodarskih objektih, industriji in pri spiranju utrjenih površin ob dežju. Neočiščena odpadna voda je glavni krivec za onesnaženje površinskih in podtalnih virov pitne vode zaradi slabe biokemijske razgradljivosti, kopičenja v organizmih in sedimentih ter strupenosti za ljudi in okolje. Pri tem zavzema-j o pomembno mesto detergenti oziroma površinsko aktivna sredstva. Na osnovi raziskav tenzidov v bolnišnični odpadni vodi, so dijaki svoje znanje kemije, ekologije, mikrobiologije in znanje s poklicnega področja, povezali z vsakdanjim življenjem, spoznali pomen raziskav ter pomembnost in uporabnost teoretičnega znanja v praksi. Prav tako so spoznali, da lahko na osnovi pravočasnih ugotovitev o onesnaženosti vode veliko pripomorejo k izboljšanju stanja v prihodnosti.

UDC 628.3:614.2

KEY WORDS: hospital waste waters, surfactants, chemistry, biology, microbiology

ABSTRACT - Waste water is polluted water caused by human (anthropogenic) use of water in households, on farms, in various outbuildings, in industry and when the rain is washing off different surfaces. Polluted waste waters cause pollution of surface as well as underground sources of drinking water. It happens due to poor biochemical degradability, accumulation in organisms and sediments and due to its toxic effects on human beings and environment. In all the above mentioned, a significant role is played by detergents or surface-active agents. Based on the research of surfactants in wastewaters in medicine, the students connected their knowledge of chemistry, ecology, microbiology and vocational knowledge with everyday situations, learned about the meaning of research as well as the utility and importance of theoretical knowledge in practical situations. They also realised that they can contribute to a better future by exploring the pollution of waters on time.

1 Uvod in teoretična izhodišča

Opadna voda je onesnažena voda, ki nastaja zaradi človekovega (antropogenega) vpliva pri uporabi vode v gospodinjstvu (pri pranju, splakovanju, kuhanju, tuširanju itd.), na kmetijskih farmah (gnojnica, gnojevka itd.), v gospodarskih objektih (sanitarna odpadna voda, odpadna voda iz javnih kuhinj, gostiln ali hotelov itd.), industriji (industrijske odpadne vode, hladilne vode) ter pri spiranju utrjenih površin ob dežju (padavinska odpadna voda, odpadna voda z avtocestnih površin itd.).

Najbolj splošno razdelimo odpadne vode na:

- komunalne odpadne vode (mešanica gospodinskih in gospodarskih odpadnih vod),
- kmetijske odpadne vode (odpadne vode iz različnih farm),
- industrijske odpadne vode (odpadne vode iz različnih industrijskih obratov),
- hladilne vode (iz različnih hladilnih sistemov) in
- padavinske odpadne vode (deževnica z utrjenih površin) (Roš, 2005).

Industrijska odpadna voda nastaja predvsem po uporabi v industriji, obrtni ali obrti podobni gospodarski ali kmetijski dejavnosti in po nastanku ni podobna komunalni odpadni vodi. Vsebuje lahko težje biorazgradljive snovi in biološko nerazgradljive snovi, ki jih je potrebno odstraniti, preden jih vrnemo v okolje (npr. tekstilna industrija, usnjarska industrija, proizvodnja kovinskih izdelkov, proizvodnja stekla, proizvodnja olja idr.). Med industrijsko odpadno vodo se šteje tudi zmes industrijske odpadne vode s komunalno ali padavinsko odpadno vodo ali z obema, če se pomešane vode po skupnem iztoku odvajajo v kanalizacijo ali neposredno v vode. Industrijske odpadne vode so tudi hladilne vode in tekočine, ki se zbirajo in odteka iz naprav za predelavo, skladiščenje ali odlaganje odpadkov. Emisije snovi pri odvajanju industrijske odpadne vode iz posameznega vira onesnaževanja v kanalizacijo ali neposredno v vode izražamo s parametri onesnaženosti odpadne vode, količino snovi v odpadni vodi, z emisijskim faktorjem obremenjevanja z odvajanjem odpadne vode in učinkom čiščenja odpadne vode (Lobnik, 2008).

Če so koncentracije določenih komponent v odpadni vodi višje, kot jih predpisujejo normativi za izpust v vodotok (javno kanalizacijo, ki se zaključi s komunalno čistilno napravo), moramo komponente odstraniti z enim ali več postopki.

Z višjimi vsebnostmi tenzidov, ki pripomorejo k prekomerni onesnaženosti voda, se srečujejo tudi v industrijski odpadni vodi iz zdravstvene dejavnosti. Le-ti predstavljajo problem v odpadnih vodah, so pa v zdravstvu nujno potrebni.

2 Pregled stanja obravnavane problematike

Neočiščene odpadne vode so pretežni razlog onesnaženja tako površinskih kot podtalnih virov pitnih voda zaradi slabe biokemijske razgradljivosti, kopičenja v organizmih in sedimentih ter strupenosti za ljudi in okolje.

Večina detergentov se izlije v okolje skupaj z gospodinjsko in industrijsko odpadno vodo (Kowalska idr., 2006). Detergenti, katerih glavna sestavina so tenzidi, so biorazgradljivi pod anaerobnimi pogoji, mnogi med njimi pa so slabo razgradljivi v anaerobnem okolju, to je v rečnih ali jezerskih sedimentih, kanalizacijskih goščah ipd. (Kowalska idr., 2006).

Tenzidi so amfifilne snovi, sestavljene iz polarnega in nepolarnega dela, ki sta med seboj izrazito ločena. Zaradi tega so tenzidi topni tako v polarnih kot nepolarnih topilih. V vodnih raztopinah se monomere tenzidov združujejo v strukture, imenovane micle, s hidrofobnimi skupinami v notranjosti micelarne strukture (Kowalska idr., 2006). Micle lahko zato obravnavamo kot mikroskopske kapljice olja. To pojasnjuje veliko zmožnost solubilizacije tako v nepolarnih kot šibko polarnih snoveh. Zmožnost solubilizacije je za različne snovi različna. Minimalno koncentracijo, pri kateri nastopi micelarizacija, imenujemo kritična micelska koncentracija (CMC) (Holmberg idr., 2002). Pri koncentracijah, višjih od CMC, so monomere in micle v ravnotežju. Na vrednost CMC lahko vplivajo povečana koncentracija soli, dolžina ogljikove verige, vrsta tenzida in temperatura raztopine tenzida (Hiemenz in Rajagopalan, 1997).

Tenzidi so površinsko aktivne snovi. Zaradi njihove edinstvene sposobnosti agregacije (tvorbe micel) in solubilizacijskih lastnosti jih lahko uporabimo za odstranjevanje organskih in/ali anorganskih onesnažil iz vodnih sistemov. Osnovni mehanizem odstranjevanja so hidrofobne interakcije med hidrofobnimi organskimi snovmi in hidrofobnim koncem molekule površinsko aktivne snovi ter elektrostatične interakcije med anorganskimi onesnažili in hidrofobnim delom molekul površinsko aktivne snovi (Yang idr., 2005).

2.1 Odpadne vode zdravstvene dejavnosti

Med odpadne vode štejemo vse vrste odpadnih vod, ki nastajajo v zdravstvu. Sestava odpadne vode zelo niha. Odvisna je predvsem od organizacijske enote, velikosti in dejavnosti.

Ocenjujemo, da je za vse dejavnosti v organizacijskih enotah v zdravstvu potrebno od 800 do 1000 litrov vode dnevno na bolnike. Današnja epidemiološka doktrina zavrača staro stališče, da so bolnišnične odpadne vode že v svojem bistvu kontaminirane - infektivne in da jih je potrebno pred priključitvijo na kanalizacijo dezinficirati. Izkušnje so pokazale, da v urbanem okolju ni bojazni za pojav infekcijskih bolezni, če se bolnišnične odpadne vode odvajajo v komunalno kanalizacijo. To stališče je utemeljeno, če se pri specifičnih boleznih izvaja stalna dezinfekcija že ob postelji bolnika (www.dvilj.si/dvi/datoteke/infektivni_odpadki.doc).

2.2 Problematika odpadnih voda zdravstvene dejavnosti

Odpadne vode iz bolnišnice, vključno z infekcijskih oddelkov, se v kanalizaciji močno razredčijo tudi brez dodatne centralne dezinfekcije in običajno vsebujejo manjše število patogenih organizmov kot komunalne odpadne vode. Na splošno velja pravilo, da pri razmerju bolnišnične odpadne vode - komunalne vode v razmerju 1: 100 pride do 100-kratnega razredčenja potencialno nevarnih bolnišničnih odpadnih vod. V kolikor se izvaja še omenjena dezinfekcija ob bolniški postelji, so včasih komunalne odpadne vode celo bolj obremenjene s patogenimi mikroorganizmi kot odpadne vode iz bolnišnice.

Dejstvo je torej, da je zdravstvo zaradi potrebe po higiensko-sanitarni neoporečnosti opravljanja dejavnosti izredno velik porabnik pitne vode, da pa ravno zaradi tega odpadne vode, ki jih pridelava, za okolje niso infektivno obremenjujoče (www.dvilj.si/dvi/datoteke/infektivni_odpadki.doc).

2.3 Površinsko aktivne snovi – tenzidi

Med površinsko aktivne snovi uvrščajo tiste spojine, ki se v nekem topilu tako porazdelijo, da je njihova koncentracija na mejnih površinah med dvema fazama višja kot v notranjosti topila. Taka porazdelitev povzroča znižanje površinske napetosti.

Prvotno so površinsko aktivne snovi imenovali pomožna tekstilna sredstva, ker jih najpogosteje uporabljajo v tekstilni industriji. Površinsko aktivne snovi so v veliki meri izpodrinile milo, ki je bilo do nedavnega osnovno pralno in čistilno sredstvo. Danes uvrščajo med površinsko aktivne snovi vsa omakalna in disperzijska sredstva,

emulgatorje, penilce, pralna in čistilna sredstva. Zato so klasični skupni naziv »pomozna tekstilna sredstva« zamenjali s skupnim izrazom »površinsko aktivne snovi«. Seveda spadajo med površinsko aktivne snovi tudi mila. Samo sintetične površinsko aktivne snovi, torej brez mil, imenujemo tenzidi (Krašovec, 1976).

Tenzidi ali surfaktanti (surface active agent) so površinsko aktivne snovi, saj imajo težnjo adsorpcije na površine in medfazne meje. Gonilna sila za adsorpcijo tenzidov na medfazni meji je znižanje površinske napetosti (Holmberg idr., 2002; Kogej, 2010). Tenzidi so amfifilni, kar pomeni, da so sestavljeni iz vsaj dveh, med seboj ločenih delov: hidrofilni (liofilni) del ali glava je topen v vodi ali polarnem topilu, drugi hidrofobni (liofobni) del ali rep pa je netopen v vodi ali polarnem topilu.

Zaradi svojega amfifilnega značaja imajo tenzidi (pod pogojem, da hidrofobni del ni prevelik) sposobnost, da se na eni strani molekule (lipofilni ali hidrofobni del) vežejo z nepolarnimi snovmi, kot so maščobe ali olja, na drugi strani (lipofobni ali hidrofilni del) pa ga tvorijo vezi z vodo (vodikove vezi), kar omogoči solvatacijo ali raztapljanje v vodi netopna onesnažila (Roš, 2005).

2.3.1 Površinska aktivnost tenzidov

Tenzidi so površinsko aktivni, kar pomeni, da se kopičijo na meji vodne faze in to neodvisno od tega, ali ta meji na plinasto, tekočo ali trdno fazo. Tenzidne molekule tvorijo ob mejni površini sloj, s čimer se lastnosti sistema trajno spremenijo, kar vodi k zaželenim učinkom, na katerih temelji široko področje uporabe tenzidov. Spremembe lastnosti vodne raztopine tenzidov so:

- znižanje mejne površinske napetosti med vodo in obmejno fazo,
- sprememba omakalne sposobnosti med vodo in trdno snovjo in
- izoblikovanje nabitega sloja na mejni površini. (Roš, 2005).

2.3.2 Vrste tenzidov

Osnovna klasifikacija tenzidov temelji na naboju polarne glave (anionski, kationski, neionski in dvoionski) in uporabnosti (sredstva za pranje in čiščenje, sredstva za močenje, emulgiranje, dispergiranje in penjenje).

Tenzidi glede na naboj polarne glave

Nepolarni ali hidrofilni del tenzida je lahko linearen ali razvejan in je običajno alkilna veriga z 8 do 18 ogljikovimi atomi. Stopnja razvejanosti, pozicija polarne glave in dolžina verige pomembno vplivajo na fizikalno-kemijske lastnosti tenzida (Holmberg idr., 2002).

Spojine s solotvornimi hidrofilnimi skupinami, imenujemo jih tudi ionogene površinsko aktivne snovi, v vodi ionizirajo. Če je hidrofilna skupina kislá, predstavlja hidrofobni ostanek s hidrofilno skupino anion in zato pravimo, da je spojina anionsko aktivna. Pri spojinah z bazično hidrofilno skupino pa je aktivni del molekule v raztopini kation, spojina je torej kationsko aktivna. Površinsko aktivne snovi, katerih hidrofilne skupine niso solotvorne in zato v raztopini niso disociirane, pa imenujemo neionogene. Površinsko aktivne snovi, ki imajo več hidrofilnih skupin, ki so deloma kisle,

deloma pa bazične, imenujemo amfolitne ali amfoterne. Te kažejo v kislih raztopinah kationske, v alkalnih raztopinah pa anionske lastnosti (Krašovec, 1976).

Tenzidi glede na uporabo

Tenzide delimo po uporabnosti na sredstva za pranje in čiščenje, sredstva za močenje, emulgiranje, dispergiranje in penjenje.

2.3.4 Vpliv tenzidov na okolje

Detergenti so sestavljeni iz površinsko aktivnih snovi (tenzidi), skupaj s pomožnimi komponentami, vključno z gradniki (npr. tripolifosfat), ojačevalci, polnilni in dodatki (Scott idr., 2000). Najbolj znana uporaba za površinsko aktivne snovi so mila, detergenti za pomivanje posode in pranje perila ter šamponi (Kowalska idr., 2006). Odpadne vode, ki vsebujejo detergente tako iz industrije kot gospodinjstev, lahko povzročajo resne okoljske probleme, ker so tako detergenti kot njihove sestavine lahko relativno toksične za vodno okolje. (Kowalska idr., 2006).

Tenzidi velikokrat povzročajo draženje nezaščitene kože in celo alergijske reakcije. Anionski tenzidi v splošnem precej bolj dražijo kožo ko neionski tenzidi (Holmberg idr., 2002).

Stopnja biološke razgradnje je primarno odvisna od vrste tenzida. Biološka razgradnja tenzidov poteka v vodnem okolju, zato je pomembno, da je tenzid topen v vodi. Hidrofobne organske komponente so namreč prav zaradi tega obstojne v okolju. Stopnjo biološke razgradnje znižuje tudi večja razvejanost nepolarnega dela in tiste vrste vezi v molekuli, ki je bolj obstojna na delovanje encimov (Holmberg idr., 2002).

Poleg tega je hitrost biološke razgradnje odvisna od koncentracije, pH in temperature. Pri tenzidih hitrost biološke razgradnje variira od ene do dveh ur za maščobne kisline, od enega do dveh dni za linearne alkilbenzen sulfonate ter nekaj mesecev za razvejane alkilbenzen sulfonate (Holmberg idr., 2002).

Tenzidi so najbolj znani zaradi njihove topnosti in njihovih čistilnih lastnosti, kar jim je zagotovilo mesto med detergenti in podobnimi čistili. Ogromne količine se jih vsak dan uporablja v gospodinjstvu in industriji. Večina jih konča v okolju (voda, tla (prst, usedline)). Več kot 4,2 milijona ton detergentov in 1,2 milijona ton mehčalca letno so uporabljali v zahodni Evropi pred 10 leti. V istem obdobju je bila proizvodnja sintetičnih tenzidov na svetu 7,2 milijona ton. V letu 2006 je svetovna proizvodnja produktov narasla na 12,5 M ton, leta 2007 pa so več kot 3 M ton proizvedli samo v zahodni Evropi. Brez dvoma bodo te številke še naraščale zaradi naraščajoče uporabe v čistini industriji in kozmetiki. Po uporabi so ostanki tenzidov odplaknjeni v površinske vode. V velikih količinah se tudi akumulirajo v odpadnih vodah čistilnih naprav. Koncentracije tenzidov ali njihovih razgradnih produktov nihajo v površinskih vodah, usedlinah in prsti. Povišane stopnje tenzidov v okolju lahko precej vplivajo na okolje. Strupene so tako mikroorganizmom kot sesalcem, pa tudi bakterijam (Ivanković in Hrenović, 2010).

2.4 Analizne metode

Odpadne vode analiziramo na terenu in v laboratoriju. Na terenu, kjer odpadno vodo vzorčimo, kontinuirano merimo pretok, temperaturo, pH in raztopljene pline (O₂, H₂S ...). V reprezentativnih vzorcih v laboratoriju onesnaženje ovrednotimo s specifičnimi in nespecifičnimi parametri. Specifične parametre uporabljamo predvsem takrat, ko zaradi značaja tehnoloških postopkov pričakujemo, da bodo vsebovali definirane kemijske spojine, npr. fenol, formaldehid, organska topila, tenzide, cianide, težke kovine, pesticide itd. V kolikor so le-te prisotne v previsokih koncentracijah, onemogočajo delovanje čistilnih naprav. V takšnem primeru jih je treba predhodno odstraniti. Za vrednotenje onesnaženja večinoma uporabljamo nespecifične oz. sumarne parametre (Kurnik Donlagić, 2001).

3 Rezultati in diskusija

Namen raziskave je bila določitev tenzidov v odpadni vodi zdravstvene dejavnosti. Na osnovi raziskav tenzidov v odpadnih vodah zdravstvene dejavnosti, so dijaki svoje znanje kemije, ekologije, mikrobiologije in znanje s poklicnega področja, povezali z vsakdanjim življenjem, spoznali pomen raziskav ter pomembnost in uporabnost teoretičnega znanja v praksi. Prav tako so spoznali, da lahko na osnovi pravočasnih ugotovitev o onesnaženosti voda veliko pripomorejo k boljšemu jutri.

3.1 Odpadna voda odtoka zdravstvene dejavnosti

V preglednici 1.1 so prikazane analize monitoringa odpadne vode zdravstvene dejavnosti za leto 2015, ki so bile narejene v Nacionalnem laboratoriju za zdravje, okolje in hrano na Centru za okolje in zdravje, Oddelek Celje.

Tabela 1: Analize monitoringa odpadne vode zdravstvene dejavnosti za leto 2015

Parametri	Mejna vrednost	1. Vzorec	2. Vzorec	3. Vzorec	4. Vzorec
		14. 4. 2015	19. 6. 2015	11. 8. 2015	3. 12. 2015
AOX [mg/L Cl]	1	0,51	0,36	0,43	0,26
tenzidi neionski	-				
tenzidi anionski	-				
tenzidi - vsota [mg/L]	5	4,9	7,9	2,9	7,7
KPK [mg/L O ₂]		840	1100	920	1340
BPK5 [mg/L O ₂]		460	820	620	1075
BPK5/KPK		0,55	0,75	0,67	0,8

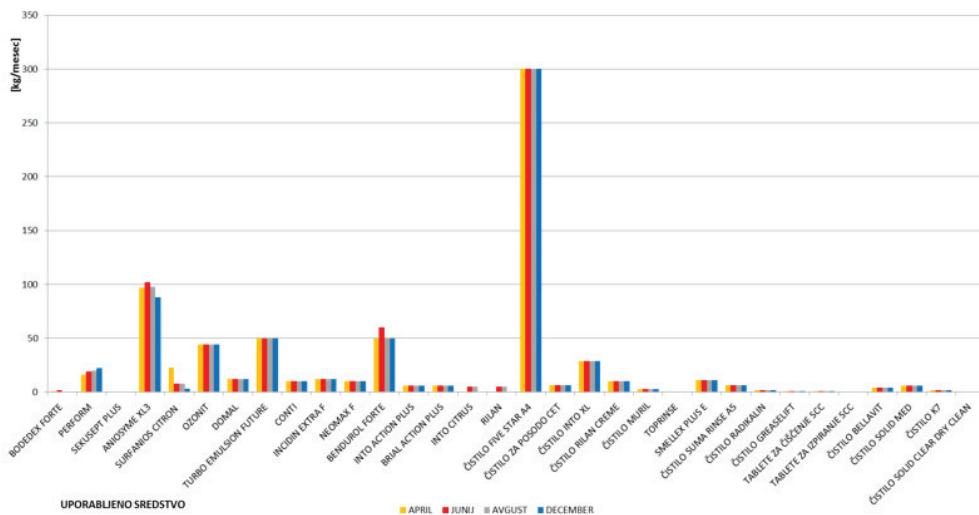
Iz analize monitoringa odpadne vode za leto 2015 je razbrati povišano vsebnost vsote tenzidov. Zaradi povišane vrednosti smo zbrali podatke, o povečanju tenzidov. Nare-

dili smo načrt pridobivanja podatkov, s katerimi bi prišli do odgovora, zakaj je vrednost vsote tenzidov povišana nad mejno vrednostjo v odpadni vodi. oziroma katera sredstva pripomorejo k povišani vsebnosti vsote tenzidov v odpadni vodi. Pri izdelavi načrta smo uporabili znanje, ki smo ga pridobili pri pouku in ga povezali s prakso. Načrt je zajemal naslednje korake:

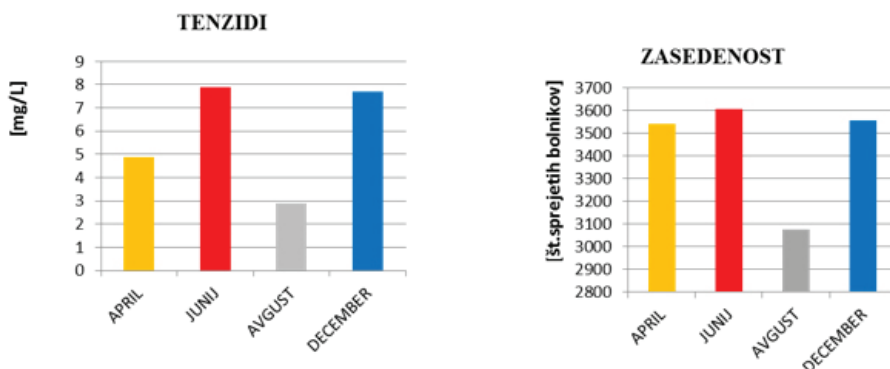
- Pridobiti podatke, iz katerih delov zdravstvene dejavnosti se izteka voda na »iztok«.
- Pridobiti podatke o čistilih oziroma sredstvih, ki vsebujejo tenzide iz vseh enot, ki kakorkoli vplivajo na izliv le-teh v odpadne vode.
- Pridobiti podatke o količini uporabljenih sredstev, ki vsebujejo tenzide.
- Pridobiti podatke o zasedenosti zdravstvene dejavnosti, po mesecih, oddelkih in letih.
- Pridobiti podatke o izdanih obrokih hrane na mesec.
- Pridobiti podatke iz laboratorija o številu preiskav.
- Poiskati paralele med dobljenimi podatki in poiskati vzroke za povišano vsebnost tenzidov.

Po pridobljenih podatkih, ki bi lahko kakorkoli vplivali na vsebnost tenzidov v odpadni vodi zdravstvene dejavnosti, smo pričeli z analiziranjem in iskanjem paralel med njimi. Na osnovi analiz monitoringa odpadne vode, količine uporabljenih čistilnih sredstev (preračunano v kilogramih), ki vsebujejo tenzide, in zasedenosti z bolniki, smo ugotavljali, od česa je odvisna vrednost vsote tenzidov v odpadni vodi na iztoku. Pri tem smo ugotovili, kakšno veliko vlogo igra pridobljeno znanje pri kemiji, biologiji, mikrobiologiji in nenazadnje tudi zdravstveni negi ter znanje, ki ga dijaki pridobijo pri praktičnem pouku, saj so s pomočjo le-tega prišli do marsikatero ugotovitve.

Slika 1: Vpliv količine uporabljenih sredstev in zasedenosti na vrednost vsote tenzidov v odpadni vodi zdravstvene dejavnosti



Slika 2: Vpliv količine uporabljenih sredstev in zasedenosti na vrednost vsote tenzidov v odpadni vodi zdravstvene dejavnosti



Po analizi vseh parametrov, ki bi lahko kakorkoli vplivali drug na drugega, ugotavljamo, da količina uporabljenih čistilnih sredstev v zdravstveni dejavnosti vpliva na vsoto tenzidov v odpadni vodi, in sicer le-ta narašča z naraščanjem količine uporabljenih sredstev.

Opažamo, da je uporaba čistil konstantna in ni povezana z zasedenostjo. Manjši upad je zaznati le v poletnih mesecih. Zasedenost tako nima vpliva na vsoto tenzidov.

4 Zaključek

Iz zbranih podatkov smo ugotovili, da se v zdravstveni dejavnosti uporablja veliko različnih sredstev, ki vsebujejo tenzide, saj z njimi čistijo oziroma dezinficirajo prostore in tekstilije. Bolnišnične okužbe (nozokomialne infekcije), torej okužbe, ki se jih nalezemo v bolnišnicah, predstavljajo velik problem, zato je uporaba teh sredstev nujna. Bolnišnična higiena v zdravstvenih ustanovah ni namenjena le zaščiti bolnikov pred dodatnimi okužbami in boleznimi, ampak tudi zaščiti zdravstvenih delavcev. Bolnišnična higiena si torej prizadeva zaščititi bolnike, da ne bi postali še bolj bolni, kot so.

Predpostavljamo, da so vrednosti naraščanja vsote tenzidov primerljive z večjo količino uporabljenih sredstev, ki vsebujejo tenzide.

Namen raziskave je bil tudi, da skupaj z dijaki poiščemo rešitev za čiščenje onesnažene odpadne vode. Ena od rešitev bi bila čiščenje voda zdravstvene dejavnosti z možnostjo recikliranja z uporabo membranskega bioreaktorja. Tako bi dosegli tako nizke koncentracije onesnaženja, da bi se lahko očiščena voda ponovno uporabila.

Pri sami nalogi smo ugotovili, da imajo vsebine že omenjenih predmetov veliko vlogo tako pri raziskavi kot pri iskanju rešitev. Dijaki so ugotovili, da lahko s svojim znanjem veliko pripomorejo k boljšemu jutri.

LITERATURA

1. Hiemenz, P. C. in Rajagopalan, R. (1997). Principles of Colloid and Surface Chemistry, 3rd Ed. New York: Marcel Dekker.
2. Holmberg, K., Jönsson, B. and Kronberg Bengt, L. B. (2002). Surfactants in Polymers in Aqueous Solutions, 2nd Ed.. J. Chichester: Wiley&Sons.
3. Ivanković, T. in Hrenović, J. (2010). Surfactants in the environment. Zagreb: Arh Hig Rada Toksikol.
4. Kerleta-Tuzović, V. Tenzidi i njihov utjecaj nainterakciju nanočestica i ćelija. Kolegij: Farmaceutska tehnologija Univerzitet u Tuzli, Farmaceutski fakultet. Pridobljeno 16. 2. 2016, s <http://www.farmacy.untz.ba/slatkis/file.php?file=Vera...pdf>.
5. Kogej, K. (2010). Površinska in koloidna kemija, 1. izdaja. Ljubljana: FKKT.
6. Kowalska, I., Majewska-Nowak, K. in Kabsch-Korbutowicz, M. (2006). Influence of temperature on anionic surface active agent removal from a water solution by ultrafiltration, Desalination, 198, 132–139.
7. Krašovec, F. (1976). Pregled organske kemijske tehnologije. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka tehniška šola.
8. Kurnik Đonlagić, J. (2001). Tehnološke vode in odplake. Navodila za vaje. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za strojništvo.
9. Lobnik, A. (2008). Navodila za vaje pri predmetu Ekologija in okoljevarstvo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za strojništvo.
10. Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano – Celje, Navodila za odvzem vzorcev odpadnih vod, DSK-III-ZE-VO-EV-D-003, 7. 11. 2014.
11. Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano – Celje, Navodilo – Anionski tenzid v vodi, DSK-III-SK-MET-255-001, 12. 1. 2015.
12. Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano – Celje, Navodilo – Neionski tenzid v vodi, DSK-III-SK-MET-256-001, 12. 11. 2012.
13. Okoljevarstveno dovoljenje za obratovanje naprave Splošna bolnišnica Celje glede emisij v vode, št. 35441-247/2006-11, 2010.
14. Okoljevarstveno dovoljenje za obratovanje naprave Splošna bolnišnica Celje glede emisij v vode, št. 35444-53/2013-14, 2014.
15. Pavlič, M. Infektivni odpadki. Pridobljeno 16. 2. 2016, s http://www.dvilj.si/dvi/datoteke/infektivni_odpadki.doc.
16. Poročilo o obratovalnem monitoringu odpadnih vod za podjetje Splošne bolnišnice Celje za leto 2015.
17. Roš, M., Simonič, M. in Šostar-Turk, S. (2005). Priprava in čiščenje vod. Maribor: Fakulteta za strojništvo, Oddelek za tekstilstvo.
18. Scott Matthew, J., Jones Malcolm, N. (2000). The Biodegradation of surfactants in the environment. Biochimica et Biophysica Acta – Biomembranes, 1508, 235–251.
19. Uredba o emisiji snovi in toplote pri odvajanju odpadnih vod v vode in javno kanalizacijo. Uradni list RS, št. 47/2005, 45/2007, 79/2009 in 64/2012.
20. Uredba o emisiji snovi in toplote pri odvajanju odpadnih voda iz virov onesnaževanja. Uradni list RS, št. 35/1996, 21/2003, 2/2004 – ZZdl-A, 41/2004 – ZVO-1 in 47/2005.
21. Uredba o emisiji snovi pri odvajanju odpadne vode iz naprav za pranje in kemično čiščenje tekstilij. Uradni list RS, št. 51/2011.
22. Uredba o emisiji snovi pri odvajanju odpadnih vod iz objektov za opravljanje zdravstvene in veterinarske dejavnosti. Uradni list RS, št. 10/99 in 41/04 – ZVO-1.
23. Yang, J.-S., Baek, K. and Yang, Ji-Won. (2005). Crossflow ultrafiltration of surfactant solutions. Desalination, 184, 385 – 394.

Etične dileme in konflikti pri obravnavi pacienta v nujni medicinski pomoči

UDK 616-083.98:174

KLJUČNE BESEDE: etika, etične dileme, etični konflikti, nujna medicinska pomoč

POVZETEK - Vsi zaposleni v zdravstvu se srečujejo z etičnimi dilemami in konflikti pri oskrbi ljudi, ki so v stiski, in tudi zaposleni v nujni medicinski pomoči niso izjema. Delo na omenjenem področju je edinstveno in je pod vplivom številnih dejavnikov, ki povzročajo različne etične konflikte v primerjavi z drugimi področji dela. Člani ekipe nujne medicinske pomoči se pri svojem delu vsakodnevno srečujejo z raznovrstnimi bolniki, ki imajo bodisi kvalitativne ali kvantitativne motnje zavesti, so okuženi s spolno prenosljivimi boleznimi ali pa so močno opiti. Številne situacije na terenu lahko v zaposlenih vzpodbudijo etične dileme, konflikte oz. probleme. Ekipe reševalcev se mora pri kritično bolni osebi hitro odločati, da bi lahko preprečila smrt oz. trajno invalidnost pacienta. Zaradi narave dela reševalnih ekip lahko pogosta etična vprašanja postanejo bolj zapletena v primerjavi z drugimi področji dela. Pomembno je, da so vsi člani reševalne ekipe dobro pripravljene na reševanje etičnih dilem in konfliktov, saj lahko ti še bolj zapletejo že tako težko situacijo. Le z ustreznim znanjem in usposobljenostjo se bodo lahko kar najbolje odločali tako zase kot za bolnika, ki potrebuje pomoč.

UDC 616-083.98:174

KEY WORDS: ethics, ethical dilemmas, ethical conflicts, emergency medical service

ABSTRACT - All employees in the healthcare sector are faced with ethical dilemmas and conflicts when treating people in need, and employees in the emergency medical service units are no exception. Working in the mentioned workplace is unique and, in comparison with other areas of work in health care, it is influenced by a number of factors that cause a variety of ethical conflicts. On a daily basis, the emergency medical service team meets different patients, having either qualitative or quantitative consciousness disorder; being infected with sexually transmitted diseases or under a strong influence of alcohol. Numerous situations during fieldwork can induce ethical dilemmas, conflicts or problems in employees. In the case of critically ill people, the rescue team needs to make the decisions quickly in order to prevent death or permanent disability of the patient. Due to the rescue team's nature of work, common ethical issues can actually prove more complex in comparison with other work areas. Therefore, it is important that all members of the rescue team are well prepared to resolve ethical dilemmas and conflicts, otherwise they can further complicate an already difficult situation. Only with the appropriate knowledge and skills, the rescue team will be able to make the best decisions for themselves, as well as for the patient in need.

1 Uvod

Člani ekipe nujne medicinske pomoči se pri svojem delu dnevno srečujejo z raznovrstnimi bolniki, ki imajo bodisi kvalitativne ali kvantitativne motnje zavesti, so okuženi s spolno prenosljivimi boleznimi ali pa močno opiti. Nekateri izmed njih so lahko nenaklonjeni reševalni ekipi in zavračajo zdravstveno oskrbo. Težave lahko povzročajo tudi njihovi svojci, ki se prav tako ne morejo sprijazniti z spremembo zdravstvenega stanja svojih bližnjih, zato lahko v določenih primerih pričakujemo verbalno, včasih pa celo fizično nasilje nad ekipo NMP. Številne situacije na terenu lahko v zaposlenih vzpodbudijo etične dileme, konflikte oz. probleme.

Moralno-etične dileme izhajajo iz situacije, ki vključujejo nasprotujoča prepričanja o tem, kaj je prav oziroma katero dejanje naj bi bilo pravilno. Konflikt lahko nastane med dvema ali več etičnimi načeli in vsaka možna rešitev lahko vsebuje nezaželene rezultate za eno ali drugo stran (Cohen, 2006). Razlika med etično dilemo in problemom je v tem, da ima problem potencialno rešitev, medtem ko je etična dilema nima (Tschudin, 2004).

Vsi zaposleni v zdravstvu se srečujejo z etičnimi konflikti pri oskrbi ljudi, ki so v stiski, in tudi zaposleni v NMP niso izjema. Delo na omenjenem področju je edinstveno in je pod vplivom številnih dejavnikov, ki povzročajo različne etične konflikte v primerjavi z drugimi področji dela. Ti dejavniki so: oddaljenost od virov (človeških, materialnih, informacijskih), izpostavljenost javnosti, prisotnost na kraju zločina, oskrba bolnika na njegovem domu, delo v majhni skupini (Sandman in Nordmark, 2006).

2 Etične dileme članov ekipe nujne medicinske pomoči

Zaposleni v NMP se pri svojem delu pogosto soočajo z kaotičnimi, nevarnimi in neobvladljivimi elementi, ki tvorijo edinstveno kompleksnost, s katero se bolnišničnemu osebju ni potrebno soočati (Nelsen, 1997 cit. po Bremer idr., 2015). Odločanje v izrednih situacijah ustvarja velik pritisk in nelagodje med ekipo NMP še posebno takrat, ko je potrebno obravnavati etične dileme (Sandman in Nordmark, 2006).

Ekipe NMP mora pri kritično bolni osebi svoje odločitve sprejemati hitro z namenom preprečitve smrti oz. preprečitve trajne invalidnosti pacienta. Zaradi narave njihovega dela lahko pogosta etična vprašanja postanejo bolj zapletena v primerjavi z drugimi področji dela. (Pauls idr., 2004). Poleg tega ekipe NMP pogosto nimajo časa za ustrezno analizo nastale situacije, zato so metode etičnega odločanja še toliko bolj pomembne (Hughes, 2004).

Pri oskrbi oz. zdravljenju pacienta se lahko ekipa NMP sooči z etičnimi dilemami, ki jih bomo opisali v nadaljevanju.

Etične dileme se lahko navezujejo na procese, ki se odvijajo pred odhodom na nujno intervencijo. Osnovno etično načelo je pravičnost, ki narekuje enake možnosti za vse. Etična dilema nastane, kadar se soočamo s številnimi klici na pomoč, vendar za to nimamo na razpolago dovolj reševalnih vozil. Prav tako so ekipe NMP postavljene pred enako dejstvo ob množični nesreči, kjer na oskrbo čakajo številni pacienti. Velik del nujnih intervencij ekipe NMP opravijo pri brezdomcih, narkomanih, alkoholikih, idr. Ko ekipa NMP izve, da bo nujno intervencijo opravila pri rizični skupini lahko nevede začne izvajati stigmatizacijo, ki vpliva na procese oskrbe in zdravljenje (Erbay, 2014). Kot zadnje lahko omenimo altruistične reševalce, ki svoje življenje in varnost preostale ekipe NMP ogrožajo z nevarno vožnjo reševalnega vozila z namenom hitrejšega prihoda k osebi, ki potrebuje pomoč.

S svojo hitro vožnjo želijo zmanjšati čas, ki je pomemben dejavnik pri prognozi nenadno obolele ali poškodovane osebe (Iserson, 2006).

Etične dileme vezane na uporabo in zlorabo nujne medicinske pomoči: Backer in sod. (2013) navajajo etične dileme v smislu zlorabe reševalnih vozil, sporočanju slabe novice, smrti, zlorabe otrok, starejše populacije. Ena izmed najzahtevnejših dilem je transport pacienta brez zdravstvenega zavarovanja.

Etične dileme ob koncu življenja: pri pacientih v terminalni fazi bolezni se lahko pojavi razlika med pričakovanji pacienta in ekipe NMP glede zdravstvene oskrbe. Pacienti pričakujejo obširno zdravstveno obravnavo, ki pa vedno ni mogoča. Vsekakor je potreben empatičen odnos do takšnih pacientov (Jacobs idr., 2008).

Cilj etičnega odločanja je spoznati in ločiti pravilne odločitve od nepravilnih v nejasnih situacijah. Ko presojava vrednote, se zavedamo, da ima vsak svoj sistem vrednot, ki je nastal pod vplivom kulturnega, verskega in političnega prepričanja, življenjskih izkušenj, izobrazbe in podobno. Poleg osebnega sistema vrednot ima vsak izvajalec zdravstvene nege tudi poklicni sistem vrednot (Železnik, 2001).

3 Etični konflikti članov ekipe nujne medicinske pomoči

Vzroke etičnih konfliktov med ekipo NMP in pacientom lahko razdelimo na 9 področij: pacientova odločnost, pacientov interes, strokovna vloga in samoidentiteta, strokovni ideali, zdravstveno osebje, navzoče osebe, organizacijska struktura in upravljanje virov, družbeni ideali, ostale službe – gasilci, policija (Sandman in Nordmark, 2006).

Hurst in sod. (2007) ugotavljajo, da so najpogostejše in najtežje klinično-etične situacije povezane s spoštovanjem pacientove avtonomije in odločitev ob koncu življenja. Študije, ki so bile izvedene v Ameriki, Švedski in Španiji ugotavljajo, da so etične dileme in konflikti v prehospitalnem okolju v porastu (Bremer, 2015). Adams in sod. so že leta 1992 ugotovili, da so etični konflikti prisotni pri 14,4 % nujnih intervencij. Začetek oživljanja v prehospitalnem okolju - odločitev DNR (ne pristopi k oživljanju) je eden izmed najpogostejših etičnih konfliktov, s katerimi se srečujejo reševalci (Heilicser, 1996).

Prisotnost družinskih članov pri oživljanju: Erbay (2014) navaja, da je prisotnost družinskih članov pri oživljanju eden izmed etičnih konfliktov, medtem ko Mian in sod. 2007, ugotavljajo, da so sorodniki, ki so prisostvovali pri oživljanju doživljali ugodne učinke.

Triaža je eno izmed pomembnejših področij v urgentni medicini, ki odpira mnogo etičnih vprašanj. Večina izobraževalnih sistemov poudarja največjo korist, katerega pomen je težko standardizirati oz. opredeliti. Ali so prioritetni bolniki glede na starost in pričakovano življenjsko dobo ter na drugi strani triažne odločitve ljudje, ki so prispevali več k sami družbi (Erbay, 2014).

Odnosi med člani ekipe NMP in odnosi z ostalimi zdravstvenimi delavci: različna mnenja o obravnavi nenadno obolele osebe lahko vodijo v etične konflikte. Pojavi se

vprašanje, kaj je najboljšo za pacienta, na odločitve pa vplivajo tako individualni kot profesionalni dejavniki (Gunnarsson idr., 2009).

Ekipa NMP se lahko sooča s pacientom, ki zavrača zdravljenje. Pojavi se etični konflikt, ki se nanaša na spoštovanje pacientove avtonomije. Prav tako ne moremo v kratkem času oceniti, ali je pacient zmožen samostojnega odločanja. Kot drugo lahko pacient zavrne prevoz v regionalno bolnišnico. Pojavi se etični konflikt med pacientovo željo in dolžnostjo ekipe NMP. Pacient pričakuje, da se lahko njegove zdravstvene težave rešijo na domu z ustreznim zdravstvenim posegom, čemur lahko ekipa NMP nasprotuje (Erbay, 2014).

4 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je preveriti teoretična spoznanja s področja soočanja in obravnave etičnih dilem ter konfliktov, s katerimi se srečujejo zaposleni v nujni medicinski pomoči. Cilj raziskave je ugotoviti, ali se zaposleni v nujni medicinski pomoči srečujejo z etičnimi dilemami in konflikti ter s kom se pogovarjajo o njih. Prav tako želimo raziskati, katere etične dileme za zaposlene v nujni medicinski pomoči predstavljajo večjo obremenitev pri nadaljnjih odločitvah obravnave pacienta.

5 Metode

Pri izdelavi prispevka smo uporabili deskriptivno oz. opisno metodo dela s študijem domače in tuje literature, ki smo jo iskal v naslednjih podatkovnih bazah: CINAHL, COBISS, MEDLINE, Pubmed,. Uporabljene ključne besede so: etika (angl. Ethics), etične dileme (angl. Ethical dilemmas), etični konflikti (angl. Ethical conflicts), nujna medicinska pomoč (angl. Emergency medical service). Empirični del je izveden s pomočjo anketnega vprašalnika. Raziskava je bila presečnega tipa. Pilotska študija ni bila izvedena.

5.1 Opis vzorca

Med zaposlene v NMP (Črnomelj, Metlika, Novo mesto) je bilo razdeljenih 80 anketnih vprašalnikov. Vrnjenih in pravilno izpolnjenih je bilo 60, iz česar sledi, da je bila realizacija vzorca 75 %. V raziskavi je sodelovalo 37 moških (61,7 %) in 23 žensk (38,3 %). Anketni vprašalnik je izpolnilo 29 zdravstvenih tehnikov/tehnic (48,3 %). Med zaposlenimi z visokošolsko izobrazbo je anketni vprašalnik izpolnilo 15 diplomiranih zdravstvenikov/med. sester (25 %). V raziskavi je sodelovalo tudi 16 zdravnikov (26,7 %). Anketiranci so povprečno v nujni medicinski pomoči zaposleni 12 let in 4 mesece.

5.2 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za ugotavljanje statistično pomembnih razlik med spremenljivkami sta uporabljena t-test za neodvisna vzorca in ANOVA. Za statistično analizo podatkov in grafično ponazoritev smo uporabili računalniški program SPSS 20.0.

6 Rezultati

Tabela 1: Srečevanje z etičnimi dilemami

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Da	60	100,0	100,0	100,0

Iz Tabele 1 je razvidno, da se vse poklicne skupine zaposlene v nujni medicinski pomoči pri svojem delu srečujejo z etičnimi dilemami. Nihče od anketiranih ni odgovoril, da se z etičnimi dilemami ne srečuje.

Tabela 2: Pogovor o etičnih dilemah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Da	57	95,0	95,0	95,0
	Ne	3	5,0	5,0	100,0
	Skupaj	60	100,0	100,0	

Iz Tabele 2 je razvidno, da se večina anketirancev pogovarja o etičnih dilemah (95 % anketiranih), samo 3 vprašani (5 %) so zanikali, da se s komerkoli pogovarjajo o etičnih dilemah, ki se jim pojavljajo na delovnem mestu.

Tabela 3: Pogovor o etičnih dilemah glede na delovno mesto

		<i>S kom se pogovarjate o etičnih dilemah</i>				Skupaj
		<i>Ožji družinski člani</i>	<i>Z reševalci (zt, dipl. zn.)</i>	<i>Z zdravniki</i>	<i>Drugo</i>	
Izobrazba	ZT	3	18	7	1	29
	DMS	2	10	3	0	15
	Zdravnik	1	2	12	1	16
Skupaj		6	30	22	2	60

Iz Tabele 3 je razvidno, da se zdravstveni tehniki v 62 % o svojih etičnih dilemah pogovarjajo z isto poklicno skupino. Podobne rezultate (66 %) ugotavljamo pri diplomiranih zdravstvenikih/med. sestrah, ki se prav tako o svojih etičnih dilemah pogovarjajo z isto poklicno skupino. Zdravniki svoje etične dileme najrajši zaupajo drugemu zdravniku (75 %). Če združimo poklicni skupini (zdravstvene tehnike in diplomirane zdravstvenike/ med. sestre) ugotovimo, da se 88,6 % pogovorov o etičnih dilemah odvija znotraj iste poklicne skupine.

V nadaljevanju naše raziskave nas je zanimalo, s katerimi etičnimi dilemami se zaposleni v nujni medicinski pomoči težje oz. lažje soočajo pri svojem delu. Na prvih dveh mestih opažamo inverzijo težavnosti etičnih dilem med poklicnimi skupinami.

Zdravstveni tehniki (PV = 3,59) in diplomirani zdravstveniki/med. sestre (PV = 3,33) najtežje etične dileme doživljajo ob odločitvah opustitve temeljnih in dodatnih postopkov oživljanja, medtem ko je za zdravnike (PV = 4,06) najtežje sporočanje slabe novice oz. smrti. Zdravniki etične dileme glede opustitve temeljnih in dodatnih postopkov oživljanja uvrščajo na drugo mesto (PV = 4,38), zdravstveni tehniki (PV = 3,59) in diplomirani zdravstveniki/med. sestre (PV = 3,93) na drugo mesto uvrščajo sporočanje slabe novice oz. smrti. Diplomirani zdravstveniki/med. sestre (PV = 5,00) in zdravniki (PV = 4,81) v ospredje postavljajo etične dileme vezane na neprofesionalen odnos svojih sodelavcev, medtem ko za zdravstvene tehnike (PV = 5,79) omenjene etične dileme ne predstavljajo večjih težav in jih uvrščajo na 7 mesto po težavnosti. Razporejanje prostih ekip NMP večjo težavnost predstavlja zdravstvenim tehnikom (PV = 5,59) in diplomiranim zdravstvenikom/med. sestre (PV = 5,67) kot zdravnikom (PV = 6,63), kar je razumljivo iz vidika, da omenjenega dela zdravniki praktično ne opravljajo. Ugotavljamo, da tako zdravstveni tehniki (PV = 7,14), diplomirani zdravstveniki/med. sestre (PV = 7,20) in zdravniki (PV = 6,75) etične dileme v povezavi z zasebnostjo oz. intimnostjo pacienta uvrščajo na zadnje oz. predzadnje mesto po težavnosti etičnih dilem.

Tabela 4: T-test neodvisnih spremenljivk etičnih dilem med zdravstvenimi tehnikami in diplomiranimi zdravstveniki/med. sestrami

	<i>Levenov test ekvivalentnosti varianc</i>		<i>T-test za ekvivalentnost aritmetičnih sredin</i>			
	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Razlika PV</i>	<i>St. napaka razlik</i>
Razporejanje prostih ekip NMP	10,44	0,055	-0,037	0,942	-0,080	1,099
Triaža pacientov	1,16	0,287	-0,877	0,386	-0,846	0,965
Zavrnitev zdravljenja s strani pacienta	2,14	0,150	-0,322	0,749	-0,228	0,707
Sporočanje slabe novice - smrti	0,38	0,537	-0,460	0,648	-0,347	0,754
Nudenje NMP rizični skupini	1,86	0,179	-1,173	0,247	-1,129	0,962
Opustitev TPO in DPO	0,61	0,436	0,130	0,897	0,115	0,884
Agresivno zdravljenje terminalnega pacienta	0,29	0,591	0,057	0,955	0,060	1,052
Neprofesionalen odnos sodelavca/ke	0,01	0,921	1,182	0,244	0,966	0,817
Neuspešno obvladovanje bolečine	0,05	0,823	1,989	0,053	1,480	0,744
Zasebnost oz. intimnost pacienta	4,59	0,124	-0,078	0,939	-0,062	0,800

Iz Tabele 4 je razvidno, da je v primeru vseh dejavnikov etičnih dilem predpostavka o homogenosti varianc izpolnjena. P-vrednost t-testa za ekvivalentnost aritmetičnih sredin je večja kot 0,05, zato lahko za omenjene dejavnike trdimo, da se med zdravstve-

nimi tehniki in diplomiranimi zdravstveniki/med. sestrami ne pojavljajo statistično pomembne razlike v oceni težavnosti etičnih dilem.

Tabela 5: T-test neodvisnih spremenljivk etičnih dilem med zdravstvenimi tehniki in zdravniki

	<i>Levenov test ekvivalentnosti varianc</i>		<i>T-test za ekvivalentnost aritmetičnih sredin</i>			
	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>RazlikaPV</i>	<i>St. napaka razlik</i>
Razporejanje prostih ekip NMP	2,535	0,119	-1,175	0,247	-1,039	0,884
Triaža pacientov	0,28	0,599	-0,408	0,685	-0,379	0,929
Zavrnitev zdravljenja s strani pacienta	0,31	0,579	0,566	0,574	0,422	0,747
Sporočanje slabe novice - smrti	0,58	0,448	-0,577	0,567	-0,476	0,825
Nudenje NMP rizični skupini	0,25	0,619	-0,922	0,362	-0,862	0,935
Opustitev TPO in DPO	0,97	0,330	-1,083	0,285	-0,927	0,856
Agresivno zdravljenje terminalnega pacienta	0,36	0,547	0,500	0,620	0,543	1,087
Neprofesionalen odnos sodelavca/ke	0,55	0,459	1,354	0,183	1,153	0,851
Neuspešno obvladovanje bolečine	0,04	0,828	1,942	0,059	1,414	0,728
Zasebnost oz. intimnost pacienta	2,26	0,139	0,478	0,635	0,388	0,812

Iz Tabele 5 je razvidno, da je v primeru vseh dejavnikov etičnih dilem predpostavka o homogenosti varianc izpolnjena. P-vrednost t-testa za ekvivalentnost aritmetičnih sredin je večja kot 0,05, zato lahko za omenjene dejavnike trdimo, da se med zdravstvenimi tehniki in zdravniki ne pojavljajo statistično pomembne razlike v oceni težavnosti etičnih dilem.

Iz Tabele 6 je razvidno, da je v primeru vseh dejavnikov etičnih dilem predpostavka o homogenosti varianc izpolnjena. P-vrednost t-testa za ekvivalentnost aritmetičnih sredin je večja kot 0,05, zato lahko za omenjene dejavnike trdimo, da se med diplomiranimi zdravstveniki/med. sestrami in zdravniki ne pojavljajo statistično pomembne razlike v oceni težavnosti etičnih dilem.

Hipoteza 1: Povprečna ocena težavnosti etičnih dilem se med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči glede na izobrazbo statistično pomembno razlikujejo. Hipotezo v celoti zavrnamo.

Tabela 6: T-test neodvisnih spremenljivk etičnih dilem med diplomiranimi zdravstveniki/med. sestrami in zdravniki

	<i>Levenov test ekvivalentnosti varianc</i>		<i>T-test za ekvivalentnost aritmetičnih sredin</i>			
	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>RazlikaPV</i>	<i>St. napaka razlik</i>
Razporejanje prostih ekip NMP	4,48	0,088	-0,768	0,449	-0,958	1,248
Triaza pacientov	0,27	0,601	0,409	0,685	0,467	1,140
Zavrnitev zdravljenja s strani pacienta	0,40	0,529	0,839	0,408	0,650	0,774
Sporočanje slabe novice - smrti	2,01	0,166	-0,146	0,885	-0,129	0,885
Nudenje NMP rizični skupini	0,35	0,556	0,224	0,824	0,267	1,188
Opustitev TPO in DPO	0,01	0,920	-0,921	0,365	-1,042	1,131
Agresivno zdravljenje terminalnega pacienta	2,42	0,130	0,451	0,655	0,483	1,072
Neprofesionalen odnos sodelavca/ke	0,69	0,410	0,195	0,847	0,188	0,964
Neuspešno obvladovanje bolečine	0,12	0,727	-0,076	0,940	-0,067	0,873
Zasebnost oz. intimnost pacienta	0,24	0,624	0,597	0,555	0,450	0,753

Vse tri poklicne skupine se nagibajo k višji povprečni vrednosti glede vključevanja polnoletnih družinskih članov v proces oživljanja svojca, medtem ko ugotavljamo nižje povprečne vrednosti vseh treh poklicnih skupin pri vključevanju mladoletnih družinskih članov v proces oživljanja njihovega svojca. Povprečna razlika med skupinami v oceni vključevanja polnoletnih in mladoletnih oseb v proces oživljanja je 1,02 točki. Glede pogovora s svojci ali pacientom o NPO (ne prični z oživljanjem) se vse tri poklicne skupine delno strinjajo, da je omenjeni pogovor potreben. Z nizko povprečno oceno celotnega vzorca (PV = 2,7), zaposleni v NMP niso najbolj naklonjeni učenju zahtevnih medicinsko tehničnih intervencij študentov na pacientu, ki je v srčnem zastoju. Zdravstveni tehniki (PV = 3,87) in zdravniki (PV = 3,68) so bolj naklonjeni oživljanju pacienta zaradi ohranitve organov v primerjavi z diplomiranimi zdravstveniki/med. ses. (PV = 3,31). Glede oživljanja pacienta po poskusu samomora so si vse 3 poklicne skupine enotne in se delno strinjajo z omenjeno trditvijo. Opažamo, da so diplomirani zdravstveniki/med. sestre najbolj naklonjeni oživljanju takih pacientov, kar izkazujejo z najvišjo povprečno oceno, ki je 3,81.

Ugotavljamo, da so podatki v celotnem vzorcu normalno porazdeljeni in da je varianca homogena. S tem smo izpolnili predpostavke za test ANOVO, ki je pokazal, da med različnimi poklicnimi skupinami v NMP obstajajo statistično pomembne razlike glede oživljanja pacienta z dolgim dostopnim časom ekipe NMP ($p = 0,020$ pri $\alpha = 0,05$).

Hipoteza 2: Položaj na delovnem mestu vpliva na pojavljanje etičnih dilem pri oskrbi pacienta v nujni medicinski pomoči. Hipotezo potrdimo.

Tabela 7: ANOVA test spremenljivk izven bolnišničnega oživljanja pacienta

	<i>Levenov test ekvivalentnosti varianc</i>		<i>ANOVA</i>		<i>Zdravstveni tehnik</i>	<i>Dipl. zn. / med. sestra</i> <i>Dipl. zn. / med. sestra</i>	<i>Zdravnik/ca</i>
	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Povprečje</i>	<i>Povprečje</i>	<i>Povprečje</i>
Vključevanje polnoletnih družinskih članov v proces oživljanja svojca.	,327	,722	,797	,456	3,43	3,80	3,44
Oživljanje pacienta zaradi ohranitve organov (darovalec).	1,038	,361	1,502	,231	3,87	3,31	3,68
Pogovor s svojci o NPO (ne prični z oživljanjem).	,361	,698	,099	,906	3,48	3,47	3,31
Oživljanje pacienta po poskusu samomora.	2,595	,083	1,393	,257	3,13	3,81	3,50
Oživljanje pacienta z dolgim dostopnim časom ekipe NMP.	,666	,518	4,200	,020	3,52	2,80	3,88
Vključevanje mladoletnih družinskih članov v proces oživljanja svojca.	,537	,588	,642	,530	2,31	2,60	2,69
Pogovor s pacientom o NPO (ne prični z oživljanjem).	,368	,694	1,486	,235	2,97	3,47	3,38
Študent se uči izvajati zahtevne medicinsko tehnične intervencije na pacientu v srčnem zastoj.	1,192	,311	,008	,992	2,69	2,73	2,70

7 Razprava

V raziskavi ugotavljamo, da obstajajo statistično pomembne razlike med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči glede oživljanja pacienta z dolgim dostopnim časom (več kot 20min). Zavedati se je potrebno, da omenjeni pacient nima niti najmanjših možnosti preživetja, če mu niso bili nudeni temeljni dodatni postopki oživljanja s strani očividcev, saj vsaka zamujena minuta predstavlja 10% manj možnosti za preživetje.

Odločitev o pričetku oz. prenehanju oživljanja v izven bolnišničnem okolju je običajno težja v primerjavi z znotraj bolnišničnim srčnim zastojem (Backer idr., 2013). Specifični izzivi so pomanjkanje zadostnih, jasnih informacij o pacientovih željah in vrednotah, pridruženih boleznih in osnovnem zdravstvenem status (Ranola idr., 2014). World Medical Association (WMA) definira nesmiselno zdravljenje kot tisto zdravljenje, ki »razumsko ne ponuja upanja za okrevanje ali izboljšanje« ali po katerem je »pacient trajno nezmožen izkusiti kakršnokoli korist«. Oživljanje se smatra za nesmiselno, ko so možnosti za dobro kvalitetno preživetje minimalne (Waisel idr., 1995). Odločitev opustitve oživljanja, ne potrebuje soglasja pacienta ali njegovih bližnjih, saj imajo ti pogosto nerealna pričakovanja o verjetnosti uspeha (Soholm idr., 2014). Svojcem je potrebno razložiti, da opustitev oživljanja ne pomeni, da bo bolnik ignoriran ali zapostavljen, temveč je njihov namen zaščititi pacienta pred škodo, ki bi vplivala na kvaliteto njegovega življenja (Blinderman idr., 2012).

V 80ih letih je postal koncept prisotnosti družinskega člana pri oživljanju sprejeta praksa v mnogih državah. Večina sorodnikov in staršev, ki so bili prisotni med poskusi oživljanja, bi ponovno želela narediti enako (Boie idr., 1999). Opazovanje oživljanja lahko koristi družinskim članom pri zmanjšanju krivde ali razočaranja, omogoča jim čas, da sprejmejo dejstvo smrti in pomaga v prestajanju procesu žalovanja (Eichhorn idr., 2001) V literaturi ne obstajajo podatki, ki bi podpirali skrb, da bodo družinski člani zaradi svoje prisotnosti pri oživljanju čustveno prizadeti oz. da, bi se vtikali v postopke zdravstvene oskrbe njihovega svojca (Robinson idr., 1998). Glede na navedene podatke lahko zaključimo, da je vključevanje svojcev v proces oživljanja pomembno zaradi pozitivnih učinkov, ki se pokažejo v obdobju žalovanja.

Vsi člani ekipe nujne medicinske pomoči so z relativno nizko oceno strinjanja ocenili etično dilemo učenja študentov na nedavno umrlih pacientih. Glede učenja na nedavno umrlih osebah obstajajo raznolika mnenja: od nasprotovanja takšnim dejanjem zaradi naravnega spoštovanja do pokojnika (Bulow idr., 2008) do sprejemanja neinvazivnih postopkov, ki ne puščajo večjih sledi (Berger idr., 2005). Spet drugi so zagovorniki kakršnihkoli usposabljanj na preminulih, saj naj bi bil trening veščin ključnega pomena za dobro obravnavo bodočih pacientov (Morag idr., 2005). Vsekakor je potrebno upoštevati veljavno pravno zakonodajo, regionalna in lokalna bolnišnična pravila (Bossaert idr., 2015).

8 Sklep

Spoprijemanje z etičnimi dilemami in konflikti v NMP ni enostavna naloga. V človeku namreč spodbujajo različne občutke. Določene situacije, s katerimi se srečujejo zaposleni v NMP, še dolgo pustijo svoj pečat in jih ni lahko pozabiti. Pomembno je, da so vsi člani urgentne ekipe dobro pripravljene na reševanje etičnih dilem in konfliktov, saj lahko ti še bolj zapletejo že tako težko situacijo. Le z ustreznim znanjem in usposobljenostjo bomo lahko sprejemali najboljše odločitve tako zase kot za bolnika, ki potrebuje pomoč.

LITERATURA

1. Adams, J. G., Arnold, R., Siminoff, L. and Wolfson, A. B. (1992). Ethical conflicts in the prehospital setting. *Ann Emerg Med.*, 21 (10), 1259–1265.
2. Ahl, C., Hjalte, L., Johansson, C., Wireklint, S. B., Jonsson, A. and Suserud, B. O. (2005). Culture and care in the Swedish ambulance services. *Emerg Nurse.*, 13 (8), 30–36.
3. Becker, T. K., Gausche, H. M., Aswegan, A. L., Baker, E. F., Bookman, K. J., Bradley, R. N., De Lorenzo, R. A. and Schoenwetter, D. J. (2013). Ethical Challenges in Emergency Medical Services: Controversies and Recommendations. *Prehosp Disaster Med.*, 28 (5), 488–497.
4. Berger, J. T., Rosner, F. in Cassell, E. J. (2002). Ethics of practicing medical procedures on newly dead and nearly dead patients. *J Gen Intern Med.*, 17 (10), 774–778.
5. Blinderman, C. D., Krakauer, E. L. and Solomon, M. Z. (2012). Time to revise the approach to determining cardiopulmonary resuscitation status. *JAMA*, 307 (9), 917–918.
6. Boie, E. T., Moore, G. P., Brummett, C. and Nelson, D. R. (1999). Do parents want to be present during invasive procedures performed on their children in the emergency department? A survey of 400 parents. *Ann Emerg Med.*, 34 (1), 70–74.
7. Bossaerta, L. L., Perkins, G. D., Askitopouloud, H., Raffayf, V. I., Greifg, R., Haywoodh, K. L., Mentzelopoulou, S. D., Nolan, J. P., Voordek, P. V. and Xanthosm, T. T. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*, 95 (5), 302–311.
8. Bremer, A., Jimenez, H. M., Axelsson, C., Burjales, M. D., Sandman, L., Casali, G. L. (2015). Ethical values in emergency medical services: A pilot study. *Nurs Ethics.*, 22 (8), 928–942.
9. Bülow, H. H., Sprung, C., Reinhart, K., Prayag, S., Du, B., Armaganidis, A., Abroug, F., Levy, M. M. (2008). The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. *Intensive Care Med.*, 34 (3), 423–430.
10. Cohen, J. S. and Erickson, M. J. (2006). Ethical dilemmas and moral distress in oncology nursing practice. *Clin J Oncol Nurs.*, 10 (6), 775–782.
11. Eichhorn, D. J., Meyers, T., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Klein, J. D., Taliaferro, E. and Calvin, A. O. (2001). Family presence during invasive procedures and resuscitation: hearing the voice of the patient. *Am J Nurs.*, 101 (5), 48–55.
12. Erbay, H. (2014). Some Ethical Issues in Prehospital Emergency Medicine. *Turk J Emerg Med.*, 14 (4), 193–198.
13. Gunnarsson, B. M. and Stomberg, M. W. (2009). Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations. *Int Emerg Nurs.*, 17 (2), 83–89.
14. Heilicser, B., Stocking, C. and Siegler, M. (1996). Ethical dilemmas in emergency medical services: the perspective of the emergency medical technician. *Ann Emerg Med*, 27 (2), 239–243.
15. Hughes, J. A. (2004). Ethics in the emergency department. *Acad Emerg Med.*, 11 (9), 995–996.
16. Hurst, S. A., Perrier, A., Pegoraro, R., Theil, S. R., Forde, R., Slowther, A. M., Mayer, E. G., Danis, M. (2007). Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors. *J Med Ethics.*, 33 (1), 51–57.
17. Iserson, K. V. (2006). Ethical principles - emergency medicine. *Emerg Med Clin North Am.*, 24 (3), 513–545.
18. Jacobs, L. M., Burns, K. and Jacobs, B. B. (2008). Views of the Public and Trauma Professionals on Death and Dying From Injuries. *Arch Surg.*, 143 (8), 730–735.
19. Mian, P., Warchal, S., Whitney, S., Fitzmaurice, J. and Tancredi, D. (2007). Impact of a multifaceted intervention on nurses' and physicians' attitudes and behaviors toward family presence during resuscitation. *Crit Care Nurse.*, 27 (1), 52–61.
20. Morag, R. M., DeSouza, S., Steen, P. A., Salem, A., Harris, M., Ohnstad, O., Fosen, J. T. and Brenner, B. E. (2005). Performing procedures on the newly deceased for teaching purposes: what if we were to ask? *Arch Intern Med.*, 165 (1), 92–96.
21. Pauls, M., McRae, A., Campbell, S.G. and Dungey, P. (2004). Ethics in the trenches: Part 2. Case studies of ethical challenges in emergency medicine. *CJEM*, 6 (5), 363–366.

22. Ranola, P. A., Merchant, R. M., Perman, S. M., Khan, A. M., Gaieski, D., Caplan, A. L. and Kirkpatrick, J. N. (2014). How long is long enough, and have we done everything we should? Ethics of calling codes. *J Med Ethics.*, 41 (8), 663–666.
23. Robinson, S. M., Mackenzie, R. S., Campbell, H. G. L., Egleston, C. V. and Prevost, A.T. (1998). Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Lancet*, 352 (9143), 614–617.
24. Sandman, L. and Nordmark, A. (2006). Ethical conflicts in prehospital emergency care. *Nurs Ethics.*, 13 (6), 592–607.
25. Søholm, H., Bro-Jepesen, J., Lippert, F. K., Køber, L., Wanscher, M., Kjaergaard, J. and Hassager, C. (2014). Resuscitation of patients suffering from sudden cardiac arrests in nursing homes is not futile. *Resuscitation*, 85 (3), 369–375.
26. Tschudin, V. (2004). *Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi*. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Ljubljana: Educy.
27. Waisel, D. B. and Truog, R. D. (1995). The cardiopulmonary resuscitation not indicated order: futility revisited. *Ann Intern Med.*, 122 (1), 304–308.
28. Železnik, D. (2001). Podajanje etičnih vsebin študentom na visoki zdravstveni šoli Univerze v Mariboru. V I. Vidmar (ur.). *Etika in poslovna kultura v zdravstveni negi* (str. 22–27). Nova Gorica: društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica.

Procjena zdravstvenih i socijalnih čimbenika u zajednici Roma u Međimurskoj županiji

UDK 364(497.5)(=214.58)

KLJUČNE RIJEČI: Međimurska županija, Romi, zdravstveni čimbenici, socijalni čimbenici

POVZETEK - Ovaj se rad bavi procjenom zdravstvenih i socijalnih čimbenika u zajednici Roma u Međimurskoj županiji, na uzorku od 107 ispitanika pripadnika romske populacije, od čega 57 % ženskog i 43 % osoba muškog spola. Nadalje, najzastupljenija doba skupina obuhvaćena istraživanjem je ona u dobi manjoj od 25 godina, dok je najmanji broj ispitanih onaj u dobnoj skupini starijoj od 65 godina. 57,9 % ispitanika živi u izvanbračnoj zajednici, dok je njih 19,6 % u braku. Na anketno pitanje o obrazovanju 29,9 % ispitanika nije htjelo dati odgovor, dok najviše ispitanih, njih 49,5 %, ima završenu osnovnu školu. Cilj rada je bio procijeniti zdravstvene i socijalne čimbenike Roma kako bi se definirali vodeći problemi koji utječu na razinu zdravlja. Podaci su prikupljeni korištenjem anketnog upitnika, a rezultati su obrađeni korištenjem metode deskriptivne statistike i statističke analize podataka. Iz provedenog je istraživanja vidljivo kako 82,2 % ispitanika nema dostupan gradski vodovod, a tek 1,9 % osoba posjeduju kupaonicu. Istraživanje je pokazalo da 47,7 % ispitanika obavlja higijenu jednom ili više puta tjedno. Čak 83,2 % smatra kako su uvjeti za život loši, što je u relaciji s činjenicom da je 91,6 % ispitanih nezaposleno. Ukupno 29,9 % ispitanika nije odgovorilo na pitanje o stupnju završenog obrazovanja, dok 49,5 % ispitanika ima završenu osnovnu školu, a samo 20,6 % ima završenu srednju školu. Analiza odgovora na pitanje o osjećaju osobne sigurnosti u mjestu stanovanja, 52,3 % ispitanika navodi da se osjeća sigurno, u odnosu prema 43,9 % koji se ne osjećaju sigurno, dok kod 2,8 % ispitanika osjećaj sigurnosti ovisi o danu, a 0,9 % ispitanika nije odgovorilo. Dobiveni odgovori ukazuju na činjenicu da se najveći dio romske populacije nalazi u »začaranim krugu siromaštva« koje često poprima ekstremni oblik.

UDK 364(497.5)(=214.58)

KEY WORDS: Međimurje, Roma, health factors, social factors.

ABSTRACT - Socio-economic situation of the Roma population adversely affects their access to health care. This paper deals with the assessment of health and social factors in the Roma in Međimurje County, the sample of respondents of 107 Roma, 57% Female, 43% Male. The most age group included the population under the age of 25, while the oldest of the population is younger than 65 years. 57.9% of respondents live in extramarital union, while 19.6% of them are married. In the education questionnaire, 29.9% of respondents did not want to answer, while the majority of respondents, 49.5%, completed elementary education. The aim of this paper is to assess the health and social factors Roma in order to define the leading problems that affect the level of health. The paper used the following methods: questionnaire, descriptive statistics and analysis of the data obtained. The survey was quantitative and descriptive data analysis. The conducted the research shows that 82.2% of respondents have no available city water, and only 1.9% of people own bathroom. Talking about personal hygiene and the economic situation, the study found the following: 47.7% of respondents perform hygiene one or more times per week, and 83.2% considered that the conditions for life are bad, it is in relation with the fact that 91.6 % of respondents were unemployed. Looking at data on education, we can see that 29.9% of respondents did not answer the question, 49.5% of respondents have completed primary school, while 20.6% have completed secondary school. When asked about the feeling of safety in housing, 0.9% of respondents did not answer, 52.3% of respondents say they feel safe, 43.9% of respondents say they do not feel safe, while in 2.8% of patients a sense of security depends on the day. It is clear that most of the Roma population is in a "vicious circle of poverty" which often has an extreme form.

1 Uvod

Socijalno-ekonomska situacija romskog stanovništva nepovoljno utječe na njihov pristup zdravstvenoj zaštiti. Ovaj se rad bavi procjenom zdravstvenih i socijalnih čimbenika u zajednici Roma u Međimurskoj županiji, na uzorku od 100 ispitanika pripadnika romske populacije. Cilj je rada procijeniti zdravstvene i socijalne čimbenike Roma kako bi se definirali vodeći problemi koji utječu na razinu zdravlja.

Predmet istraživanja ovoga rada je procjena zdravstvenih i socijalnih čimbenika u zajednici Roma u Međimurskoj županiji u kojoj je registrirano oko 5 100 Roma, a procjenjuje se da ih živi oko 15 000. Zbog specifičnosti života u romskoj populaciji zapaža se povećani opseg morbiditeta i mortaliteta.

Mnoge obitelji Roma u Republici Hrvatskoj su izložene izazovima teške stambene deprivacije. Vlada Republike Hrvatske provodi trajne mjere za legalizaciju ilegalnih naselja u kojima žive Romi, kao što je formaliziranje 6 romskih naselja u Međimurskoj županiji kao dio programa EU Phare 2005/2006 i instrumenta za pretpristupnu pomoć (IPA) 2008. Mnoge obitelji Roma u Republici Hrvatskoj neosporno su izložene izazovima teške stambene deprivacije. Vlada Republike Hrvatske provodi trajne mjere za legalizaciju ilegalnih naselja u kojima žive Romi, kao što je formaliziranje šest romskih naselja u Međimurskoj županiji kao dio programa EU Phare 2005/2006 i Instrumenta za pretpristupnu pomoć (IPA) 2008 (Ilišin idr., 2013, str. 37–56).

Romi koji imaju građanski status u Republici Hrvatskoj ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o zdravstvenom osiguranju, na isti način i pod istim uvjetima kao i svi drugi građani Republike Hrvatske. (Vlada RH, 2016)

U Hrvatskoj prema posljednjem popisu stanovništva živi 17 000 Roma, no pretpostavlja se da je taj broj i dvostruko veći. Većina ih nema posao, živi siromašno i ne ide u školu. U osnovnu školu upisano je 5 400 djece, srednju školu rijetki završe, a na hrvatskim sveučilištima tek je 29 studenata romske nacionalnosti. (Čuljak, 2014)

Socijalno-ekonomska situacija romskog stanovništva nepovoljno utječe na njihov pristup zdravstvenoj zaštiti, što znatno povećava zdravstvene rizike i drastično smanjuje očekivani životni vijek.

Prema podacima dobivenim u romskim organizacijama u Hrvatskoj, oko 40 % Romkinja nema zdravstveno osiguranje. Otprilike 60 % Romkinja u ranoj dobi, s 13 ili 14 godina, stupa u izvanbračne zajednice te su već u 15. godini života majke. Kod romske je populacije prisutna generalno nedovoljna svijest o zaštiti zdravlja žena, posebice reproduktivnog zdravlja, odgovornom seksualnom ponašanju i osobnoj higijeni kao načinima sprječavanja bolesti i poboljšanja zdravstvenog statusa žena i djece. Tome u prilog govori i neodazivanje Romkinja na ginekološke preglede.

Sociolog Hancock, i sam Rom, tvrdi da romsku djecu od djetinjstva uče da postoji jasna razlika između Roma i onih koji to nisu, a čvrste etničke i kulturne granice održavaju se konceptima čistoće, prehrambenim navikama, odnosom prema životinjama,

seksualnim ponašanjem i sl. Visoka socijalna distanca može se očitati i u romskoj poslovici: »Rom s Romom, ne- Rom s ne- Romom«. (Kutnjak, 2013)

Prema istraživanju Kajtazija u suradnji sa Udrugom za promicanje obrazovanja Roma u RH iz 2015. vidljivo je kako je situacija u području zdravlja među Romima i dalje vrlo ozbiljna. Njihov je životni standard znatno niži od standarda ostalog stanovništva. Često žive u lošim uvjetima te imaju slabiji pristup liječenju (ili ga uopće nemaju). (Kajtazi, 2015)

Ono što Međimurje čini posebnim u odnosu prema ostalim županijama Hrvatske jest činjenica da najbrojniju manjinsku zajednicu čine Romi. Tablica 1 pokazuje udio Roma u Međimurskoj županiji 2011. godine po gradovima i općinama. (Državni zavod za statistiku (DZS), 2013, str. 19)

Tabela 1: Udio Roma u Međimurskoj županiji

<i>grad/općina</i>	<i>broj Roma 2011</i>	<i>udio Roma 2011</i>
Čakovec	1 039	3,83
Mursko Središće	285	4,52
Prelog	-	-
Belica	1	0,03
Dekanovec	-	-
Domašinec	100	4,44
Donja Dubrava	7	0,36
Donji Kraljevec	18	0,39
Donji Vidovec	32	2,29
Goričan	42	1,49
Gornji Mihaljevec	1	0,05
Kotoriba	320	9,93
Mala Subotica	694	12,73
Nedelišće	1 239	10,35
Orehovica	491	18,29
Podturen	224	5,78
Pribislavec	608	19,39
Selnica	1	0,03
Strahoninec	-	-
Sveta Marija	-	-
Sveti Juraj na Bregu	-	-
Sveti Martin na Muri	-	-
Šenkovec	-	-
Štrigova	3	0,11
Vratišinec	2	0,10

U slučajevima u kojima su naselja legalizirana i imaju komunalnu infrastrukturu, nažalost kuće često nisu priključene na struju, vodu ili kanalizaciju. Mnoge obitelji imaju poteškoće pri plaćanju komunalnog doprinosa. Mnoge obitelji Roma u Republici Hrvatskoj neosporno su izložene izazovima teške stambene deprivacije.

2 Metodologija

Podaci prikazani u radu rezultat su terenskog istraživanja autora. Korištena je metoda anketiranja korištenjem originalnog anketnog upitnika sastavljenog za potrebe ovog istraživanja. Rezultati su obrađeni korištenjem deskriptivne statistike i osnovnih statističkih metoda razlika.

Terensko istraživanje je provedeno u Romskom naselju Kuršanec na 107 ispitanika 2016. godine.

Cilj je rada je bio procijeniti zdravstvene i socijalne čimbenike Roma kako bi se definirali vodeći problemi koji utječu na razinu zdravlja. Istraživanje se baziralo na prikazivanju demografskih podataka dobivenih iz uže specifičnih anketnih pitanja sa kojima smo procijenili socijalne i zdravstvene čimbenike u populaciji Roma Međimurske županije.

3 Rezultati i diskusija

Većina Roma koji žive u gradovima uglavnom su nastanjeni u izoliranim dijelovima ili žive u getoiziranim romskim naseljima vrlo niske komunalne opremljenosti koja postaje naglašenim problemom kad se uzme u obzir da žive u mnogočlanim obiteljima: 16,8 % ispitanika navodi 1-2 člana, 54,2 % ispitanika navodi 3-5 članova, 16,8 % ispitanika navodi 6-9 članova, dok 6,5 % ispitanika navodi više od 10 članova u kućanstvu. Podatak o broju djece u kućanstvu ukazuje da 50,5 % ispitanika ima 1-2 djece, 13,1 % ispitanika 3-5 djece, dok 1,9 % ima čak 6-9 djece u kućanstvu.

Uvažavajući velik broj djece u kućanstvu, posebice zabrinjavaju oni rezultati istraživanja koji pokazuju da 82,2 % ispitanika nema dostupan gradski vodovod. Posljedično tek 1,9% osoba posjeduju kupaonicu, dok je ostali moraju dijeliti i to 50 % ispitanika dijeli kupaonicu s 3-5 osoba, dok 50 % ispitanika navodi da istu dijeli sa 6-9 osoba. Nadalje, utvrđeno je da samo 47,7 % ispitanika obavlja higijenu jednom ili više puta tjedno, samo 23,4 % ispitanika navodi kako to čini više puta dnevno, 29,0 % ispitanika navodi jednom dnevno, dok 47,7 % navodi jednom ili više puta u tjednu, a što je vezano uz relativno oskudne higijenske navike i ranije navedene limitirane materijalne uvjete u stambenim objektima. Jedan je od najvećih problema s kojima se suočavaju upravo nedostatak sanitarnog čvora. Upravo zbog toga ne iznenađuje podatak da 83,2 % smatra kako su uvjeti za život loši što ne iznenađuje s obzirom da je 91,6 % ispitanih nezaposleno.

Život u zapuštenim prostorima dodatno ugrožava njihovo zdravstveno stanje. Informacije o zdravstvenom stanju i zdravstvenoj zaštiti Roma ne prikupljaju se sustavno. Jedan od temeljnih pokazatelja smrtnosti u jednom stanovništvu, kao i dostignute razine životnog i zdravstvenog standarda, jest upravo mortalitet dojenčadi. (Škarić-Jurić idr., 2007, str. 708–719). Dostupni podaci ukazuju na iznimno veliku smrtnost dojenčadi Roma (40,9 %), a kao uzroci se navode sindrom iznenadne dojenačke smrti

i raznih vrsta respiratornih bolesti, najčešće pneumonije. U većinskoj hrvatskoj populaciji takve se situacije javljaju u samo 5 % slučajeva.

Poseban problem je izrazita podcijepjenost djece u Romskim naseljima. U Tablici 2 su prikazani prikupljeni odgovori na pitanje o procijepjenosti vlastite djece. Indikativno je da se 7,5 % ispitanika nije se izjasnilo, 2,8 % ispitanika navodi da ne cijepi djecu jer ne zna koje su to bolesti, dok samo 65,4 % navodi da ih cijepi protiv navedenih bolesti što je daleko ispod cilja od 95 % procijepjenosti koja je potrebna radi postizanja kolektivne zaštite pučanstva.

Tablica 2: Cijepljenje djece protiv zaraznih bolesti

		Broj	Postotak
Da li su Vaša djeca procijepjena protiv dječjih bolesti (ospice, zaušnjaci, rubeola)?	Bez odgovora	8	7,5 %
	Ne, ne cijepim ih jer ne znam koje su to bolesti	3	2,8 %
	Cijepim ih protiv navedenih bolesti	70	65,4 %
	Cijepim ih kada mi kaže liječnik, ali ne znam protiv kojih bolesti	0	0,0 %
	Ne cijepim ih jer nemam zdravstvenu zaštitu	0	0,0 %
	Ne, ne cijepim ih jer nemam vlastite djece	26	24,3 %
	Ukupno	107	100,0 %

Analiza dobiveni podataka o obrazovanju, pokazuje da 49,5 % ispitanika ima završenu osnovnu školu, dok 20,6 % ima završenu srednju školu što ukazuje na lošu obrazovanu startnu poziciju pri ulasku na tržište rada. Upravo posljedica navedenog je činjenica da je samo 8,4 % ispitanika zaposleno, dok je 91,6 % ispitanika nezaposleno.

Tablica 3 pokazuje podatke o redovitosti primanja ispitanika

Tablica 3: Redovitost primanja ispitanika

		Broj	Postotak
Imate li sigurne prihode (plaću)?	Ne dobivam plaću jer sam nezaposlen/a	98	91,6 %
	Dobivam plaću svaki mjesec	9	8,4 %
	Plaća mi često kasni	0	0,0 %
	Plaću dobivam, ali mi nije dovoljna za kvalitetan život	0	0,0 %
	Ukupno	107	100,0 %

Ostali prikupljeni podaci u ovom istraživanju ukazuju i na zabrinjavajuće podatke pri odgovorima na pitanje o osjećaju sigurnosti u mjestu stanovanja: samo 52,3 % ispitanika navodi da se osjeća sigurno, nasuprot 43,9 % ispitanika koji navode da se ne osjećaju sigurno, dok kod 2,8 % ispitanika osjećaj sigurnosti ovisi o danu.

Sumirajući vlastitu procjenu uvjeta života, 83,2 % ispitanika samoprocjenjuje da su uvjeti za život loši, dok samo 10,3 % ispitanika navodi da su uvjeti za život dobri, 5,6 % ispitanika navodi kako bi moglo biti bolje.

U jednom segmentu istraživanje pokušalo se prikupiti podatke o time utječe li deprivacija u opremljenosti kućanstava tekućom vodom na konzumaciju, njima teže dostupne pitke vode i dobiveni su podaci o konzumaciji tekućine (vode) tijekom dana koji pokazuju da 16,8 % ispitanika tijekom dana popije manje od litre tekućine (vode), daljnjih 51,4 % konzumira dnevno više od litre tekućine, dok 31,8 % navodi da konzumira više od 2 litre tekućine (vode).

Tablica 4: Zbirna tablica odgovora

		<i>Smatrate li da imate dobre uvjete za život (zdravstveni sustav, obrazovanje, prava, sigurnost, zaposlenost ...)?</i>				<i>Total</i>	
		<i>Uvjeti za život su loši</i>	<i>Uvjeti za život su dobri</i>	<i>Moglo bi biti bolje</i>	<i>Ne znam</i>		
broj članova u vašem kućanstvu	bez odgovora	Broj	5	1	0	0	6
		Očekivani broj	5,0	,6	,3	,1	6,0
		% unutar broj članova u vašem kućanstvu	83,3 %	16,7 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
		% unutar smatrate li da imate dobre uvjete za život (zdravstveni sustav, obrazovanje, prava, sigurnost, zaposlenost ...)	5,6 %	9,1 %	0,0 %	0,0 %	5,6 %
		% od ukupno	4,7 %	0,9 %	0,0 %	0,0 %	5,6 %
	1-2	Broj	13	5	0	0	18
		Očekivani broj	15,0	1,9	1,0	,2	18,0
		% unutar broj članova u vašem kućanstvu	72,2 %	27,8 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
		% unutar smatrate li da imate dobre uvjete za život (zdravstveni sustav, obrazovanje, prava, sigurnost, zaposlenost ...)	14,6 %	45,5 %	0,0 %	0,0 %	16,8 %
		% od ukupno	12,1 %	4,7 %	0,0 %	0,0 %	16,8 %
	3-5	Broj	54	1	2	1	58
		Očekivani broj	48,2	6,0	3,3	,5	58,0
		% unutar broj članova u vašem kućanstvu	93,1 %	1,7 %	3,4 %	1,7 %	100,0 %
		% unutar smatrate li da imate dobre uvjete za život (zdravstveni sustav, obrazovanje, prava, sigurnost, zaposlenost ...)	60,7 %	9,1 %	33,3 %	100,0 %	54,2 %
		% od ukupno	50,5 %	0,9 %	1,9 %	0,9 %	54,2 %
	6-9	Broj	11	4	3	0	18

		Očekivani broj	15,0	1,9	1,0	,2	18,0
		% unutar broj članova u vašem kućanstvu	61,1 %	22,2 %	16,7 %	0,0 %	100,0 %
		% unutar smatrate li da imate dobre uvjete za život (zdravstveni sustav, obrazovanje, prava, sigurnost, zaposlenost ...)	12,4 %	36,4 %	50,0 %	0,0 %	16,8 %
		% od ukupno	10,3 %	3,7 %	2,8 %	0,0 %	16,8 %
	više od 10 članova	Broj	6	0	1	0	7
		Očekivani broj	5,8	,7	,4	,1	7,0
		% unutar broj članova u vašem kućanstvu	85,7 %	0,0 %	14,3 %	0,0 %	100,0 %
		% unutar smatrate li da imate dobre uvjete za život (zdravstveni sustav, obrazovanje, prava, sigurnost, zaposlenost ...)	6,7 %	0,0 %	16,7 %	0,0 %	6,5 %
		% od ukupno	5,6 %	0,0 %	0,9 %	0,0 %	6,5 %
	Total	Broj	89	11	6	1	107
Očekivani broj		89,0	11,0	6,0	1,0	107,0	
% unutar broj članova u vašem kućanstvu		83,2 %	10,3 %	5,6 %	0,9 %	100,0 %	
% unutar smatrate li da imate dobre uvjete za život (zdravstveni sustav, obrazovanje, prava, sigurnost, zaposlenost ...)		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	
% od ukupno		83,2 %	10,3 %	5,6 %	0,9 %	100,0 %	

Kako bi se poboljšao standard stanovnika romskih naselja, Međimurska županija izradila je prostorno- plansku dokumentaciju kojom se već postojeća naselja legaliziraju i na temelju koje se mogu provoditi ostale aktivnosti za poboljšanje života u naselju. (Vladin Ured za ljudska prava i prava nacionalnih manjina, 2011)

Nacionalna strategija Republike Hrvatske temelji se na dugoročnom iskustvu s problemima uključivanja Roma u okviru Nacionalnog programa za Rome. Strategija obuhvaća potrebu za boljom vertikalnom suradnjom kao i za poboljšanom koordinacijom među odjelima i dionicima, a odnosi se na 4 ključna područja: obrazovanje, zapošljavanje, zdravstvenu zaštitu i stanovanje, kao i na građanska prava, siromaštvo i socijalnu skrb. (Nacionalna strategija za integraciju Roma, 2015)

Romi koji žive u Međimurskoj županiji vrlo su malo uključeni u javni, kulturni i sportski život. Kako bi pomogao pokretanju sportsko rekreativnih aktivnosti građana romske nacionalne manjine kao najbrojnije u Međimurskoj županiji, Međimurski savez sportske rekreacije »Sport za sve« organizirao je manifestaciju pod nazivom Međimurska romijada. (Vugrinčić, 2011, str. 1–3)

Đukić navodi da Romi u Republici Hrvatskoj, ali i ostalim zemljama članicama Europske unije, uživaju jednak ustavno - pravni status kao i ostale nacionalne manjine. Međutim, takva proklamirana ustavno - pravna jednakost samo je privid. Kao etnička manjina bez države bore se s raznim negativnim tendencijama, poput diskriminacije, koje otežavaju njihovu potpunu integraciju u društvo. (Đukić idr., 2015, str. 131–155) Nažalost, bez obrazovanja nemoguće je razbiti začarani krug siromaštva i socijalne izolacije. Iz tih razloga Europska komisija objavila je 2012. godine zajednički okvir za svoje članice, koji ocrtava nacionalne strategije za integraciju Roma. Naime, povjerenstvo je označilo poboljšanja u obrazovanju kao jedan od ključnih čimbenika za uspjeh.

4 Zaključak

Istraživanje pokazuje da Romska populacija na području Međimurske županije žive u Romskim naseljima u kojima su vrlo niski sanitarni uvjeti, uz nedostatnu opremljenost stambenih prostora adekvatnim sanitarnim čvorovima i uz nedovoljno razvijene higijenske navike. Usprkos načelnoj dostupnosti zdravstvene zaštite, dojenačka smrtnost djece je višestruko viša od nacionalnog prosjeka, dijelom i zbog izrazite podcijepjenosti romske djece i nedovoljno usvojenih prehrambenih navika.

Začarani krug sudbine Roma u getoiziranim naseljima vezan je uz loše higijenske uvjete u kojima odrastaju, izostanak kontinuiranog obrazovanja i visoku nezavršenost osnovnoškolskog i srednjoškolskog obrazovanja, gotovu apsolutnu nezaposlenost i ovisnost o programima socijalne pomoći te perpetuiranje obrazaca ponašanja iz generacije u generaciju. Romska populacija je, kao i sve nacionalne manjine, naša dragocijenost, a kultura, jezik i tradicija koju njeguju dio baštine s kojom se moramo ponositi. Pravednost i civilizacijski stupanj dosega svakog društva mjeri se njegovim odnosom prema najslabijima i najugroženijima, u upravo odnos hrvatskog većinskog stanovništva prema Romskoj zajednici veliki je izazov i izuzetna odgovornost od koje nitko nema pravo okretati glavu. Upre Roma, a na cijelom društvu je da im u tome pomogne čvajući integritete, dostojanstvo i samoopstojnost Romske nacionalne manjine.

LITERATURA

1. Čuljak, I. (2014). Provjerili smo kako žive Romi u Hrvatskoj. Pridobljeno 3. 3. 2016, s <http://dnevnik.hr/vijesti/hrvatska/provjerili-smo-kako-zive-romi-u-hrvatskoj---357978.html>.
2. Državni zavod za statistiku (DZS). Stanovništvo prema narodnosti po gradovima/ općinama, popis 2013. Pridobljeno 15. 3. 2016, s http://www.dzs.hr/Hrv/censuses/census2011/results/htm/H01_01_04/h01_01_04_RH.html.
3. Đukić, B. idr. (2015). Romsko pitanje u kontekstu Europske unije: pomaže li Europa integraciju Roma u Republici Hrvatskoj? *Politička misao*, 52 (2), 131–155.
4. Ilišin, V. (2003). Politička participacija mladih i politika prema mladima: Hrvatska u europskom kontekstu. *Politička misao*, (3), 37–57.

5. Kajtazi, V. (2015). Istraživanje zdravstvenog stanja romske populacije Primorsko-goranske županije i Međimurske županije. Zagreb: Udruga za promicanje obrazovanja Roma u RH »Kali Sara«.
6. Kutnjak Kiš, R. (2013). Strateški plan za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji 2014.-2020. godine. Čakovec: Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije.
7. Nacionalna strategija za integraciju Roma. Pridobljeno 15. 3. 2016, s http://ec.europa.eu/justice/discrimination/roma-integration/croatia/national-strategy/national_hr.htm.
8. Škarić-Jurić, T. et al. (2007). Trapped between Tradition and Transition – Anthropological and Epidemiological Cross-sectional Study of Bayash Roma in Croatia. *Croatian Medical Journal*, 48 (5), 708–719.
9. Vlada RH. (2016). Zdravstvena zaštita. Ured za ljudska prava i prava nacionalnih manjina. Zagreb
10. Vladin Ured za ljudska prava i prava nacionalnih manjina. (2011). Izvješće o provođenju akcijskog plana Desetljeća za uključivanje Roma za 2009. i 2010. godinu. Zagreb
11. Vugrinčić, M. (2011). Romi u Međimurju – sportska rekreacija. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 28 (7), 1–3.

Neželeni dogodki pri aplikaciji zdravil s strani medicinskih sester

UDK 616-085-083

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, zdravila, črtno kodiranje, kultura varnosti

POVZETEK - Medicinske sestre so v svoji vlogi izpostavljene odgovornemu delu, pri katerem ne manjka tveganj za nastanek neželenih dogodkov. Aplikacija zdravil je še prav posebna aktivnost medicinske sestre, ki lahko ob le majhni neupredvidnosti privede do ogromne škode za pacienta. Ob povečanem obsegu dela se povečuje tudi možnost napak, neželenih dogodkov in neželenih učinkov zdravil. Namen prispevka je bil, da na osnovi pregleda tuje in domače strokovne literature raziščemo neželene dogodke pri aplikaciji zdravil s strani medicinskih sester, vzroke neželenih dogodkov in možne izboljšave na tem področju. Najpogostejši vzroki neželenih dogodkov so prekinitev medicinske sestre med razdeljevanjem zdravil, stres, nepoznavanje zdravil ter premajhno zavedanje medicinskih sester (ne)varnosti pri aplikaciji zdravil. Na podlagi pregledane literature lahko ugotovimo, da je tujina v primerjavi s slovenskim zdravstvom še vedno v prednosti glede varnostne kulture na tem področju. Z vidika varnosti ter višanja morale in etike se v praksi premalo pogovarjamo o nastalem problemu, ne zavedamo se kazenske odgovornosti in ne predvidevamo možnosti napak. Pomembno je, da se ob dogodku pogovorimo in ne obsojamo ter s tem ozaveščamo druge, da do ponovitve ne pride.

UDC 616-085-083

KEY WORDS: nursing care, medication, bar coding, safety culture

ABSTRACT - In their role, nurses are exposed to responsible work with a lot of risk of adverse events. Administering medication is a very special activity of nurses, which may, even with only a little carelessness, result in great damage for the patient. With the increased volume of work, the possibility of errors, adverse events and adverse drug reactions increases as well. The purpose of this paper was to investigate adverse events when medication is administered by nurses, causes of adverse events and possible improvements in this area, based on the review of domestic and foreign professional literature. The most common causes of adverse events are interrupting the nurses when administering medication, stress, the lack of knowledge of medication and awareness of nurses in regard to ensuring security in the administration of medication. Based on the reviewed literature we can conclude that in comparison to Slovenian health-care system, the rest of the world still has advantages regarding the safety culture. From the point of view of safety and raising the morals and ethics, there is not enough talk about that problem, we are not aware of any criminal liability and there is no prediction of possible errors. In case of the adverse event it is important to talk about it and not to judge, and thereby raise awareness to avoid recurrence.

1 Teoretična izhodišča

Medicinske sestre se pri svojem delu nenehno srečujejo s tveganji za nastanek neželenih dogodkov. Aplikacija zdravil je aktivnost medicinskih sester, ki lahko ob le majhni neupredvidnosti povzroči škodo za pacienta. Bračič (2012) omenja, da se ob povečanem obsegu dela povečuje tudi možnost napak, neželenih dogodkov in neželenih učinkov zdravil. Na podlagi številnih raziskav ugotavljajo, da so pri aplikaciji zdravil prav medicinske sestre odgovorne za neželeni dogodek, saj največ časa preživijo ob pacientu in ga tudi najboljše poznajo (Jones, 2009).

Spremljanje neželenih dogodkov v zdravstveni negi je pomemben del zagotavljanja varnosti in kakovosti zdravstvene nege. Jankovič (2013) navaja, da je spremljanje, evidentiranje in poročanje o neželenih dogodkih pomembno, saj omogoča učenje in iskanje novih možnosti za izboljšanje varnosti (Wideman, Whittler in Anderson, 2005). Jones (2009) izpostavlja, da v Združenih državah Amerike (ZDA) porabijo zaradi posledice napak v povezavi z zdravili 3,5 milijarde dolarjev na leto. Zato so začeli uspešno koristiti elektronski podprt sistem naročanja zdravil, ki bi sprožil alarm ob napačnih naročilih (nekompatibilnost zdravil, napačen odmerek itd.) ali spremembi ovojnin zdravil (zdravila z različnimi učinki ne bi smela biti v podobni ovojnini) ipd. (Wideman, idr., 2005).

Da bi zdravnikom, medicinskim sestram in drugemu zdravstvenemu in ostalemu osebju omogočili vsakodnevno delovanje na področju kakovosti in varnosti pacientov, mora vodstvo za tako dejavnost izpolniti primerne pogoje (Robida, 2006a). K temu se vsekakor pridružuje tudi Zakon o pacientovih pravicah, kjer je zapisana osnovna pacientova pravica, da ima vsak pacient pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

1.1 Varna uporaba zdravil

Sistem za opravljanje z odkloni in varnostjo v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Ljubljana je definiral varnostno kulturo, ki pomeni, da se vsi zaposleni, pacienti in obiskovalci zavedajo, da s svojim ravnanjem pomembno vplivajo na kakovostno in varno izvajanje zdravstvenih storitev ter vzporednih podpornih procesov. Pred zaposlenimi je zahtevna naloga: prepoznati, prijaviti, obravnavati, predvsem pa predvideti in preprečiti neželeni dogodek (Sistem za opravljanje z odkloni, 2007). Na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergije Golnik uspešno izvajajo nadzor nad celotnim postopkom aplikacije zdravil, kjer zato usposobljene medicinske sestre redno pregledujejo zdravila (rok uporabnosti), nadzorujejo druge medicinske sestre pri aplikaciji, pripravi in dokumentiranju intravenske, intramuskularne in subkutane aplikacije zdravila (Ahačič, 2012). Dodatno pa so poostriili nadzor nad aplikacijo zdravil per os, kjer klinični farmacevti opazujejo medicinske sestre med pripravo, aplikacijo zdravila, dokumentiranjem in opazovanjem pacienta (Oblak in Vrankar, 2012), kar dodatno viša varnost pacientov.

Za vzpostavitev varnostne kulture je pomembna evidenca oblike in števila odklonov in ne udeleženi v dogodku ali lokacija, kjer se je dogodek zgodil. Varnostna kultura pomeni tudi zavedanje, da prijava odklona pomeni soočenje z okoliščinami, ki so neželeni dogodek omogočile (Treiber in Jones, 2012) in bi jih s sistemskimi rešitvami morebiti zlahka odstranili (Sistem za opravljanje z odkloni, 2007).

1.2 Neželen dogodek

Terminologija v zvezi s pojavom neželenih dogodkov v slovenski zdravstveni negi ni dorečena, zato se v praksi srečujemo z različnimi izrazi, kot so: incident v zdravstveni negi, incident pri pacientu, napake, tveganja, nesrečni slučajji, nesrečni dogodki, poškodbe, neugodni ali neljubi dogodki v zdravstveni negi (Jankovič, 2013). Pri zdra-

vstveni napaki gre za neželen dogodek, ki vedno ne vodi do škode za pacienta, vendar ga je vselej treba raziskati zaradi ugotovitve morebitne odgovornosti udeležencev dogodka in pomanjkljivosti v procesu zdravstvene oskrbe (Robida, 2006).

2 Namen

Namen prispevka je na podlagi pregleda tuje in domače strokovne literature predstaviti neželene dogodke pri aplikaciji zdravil s strani medicinskih sester. Cilji so: ugotoviti najpogostejše vzroke neželenih dogodkov pri aplikaciji zdravil, kakšni so ukrepi in kakšni so predvideni ukrepi za izboljšavo sistema aplikacij zdravil, torej varne uporabe zdravil.

3 Metoda dela

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Izveden je bil pregled in kritična analiza literature. Pregledana je bila domača in tuja strokovna in znanstvena literatura. Iskanje je potekalo s pomočjo vzajemne-bibliografsko katalogne baze COBIB.SI in portala informacijskih virov Zdravstvene fakultete v Ljubljani, kjer smo s pomočjo podatkovnih baz CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), PubMed, in registru Cochrane Library poiskali članke na podlagi naslednjih ključnih besed: odkloni zdravila/ medical errors, varnost/safety, zdravila/medications, napake zdravila/ medication error, predpisovanje zdravil/prescribing medications, preprečevanje neželenih dogodkov/ adverse drug event, bolnišnične napake/ hospital errors, napake pri aplikaciji zdravil, napake medicinskih sester, pravilna uporaba zdravil, nepravilna uporaba zdravil. Literaturo smo iskali tudi s pomočjo spletnega brskalnika Google Scholar. V septembru in oktobru 2016 so bile pregledane tudi spletne strani in članki s področja kakovosti, zviševanja nadzora nad incidenti in kompetenc medicinskih sester ter varnosti sistema zdravstvenega varstva Ministrstva za zdravje. Pregledali smo tudi Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije.

Izbrana literatura je bila predvsem v angleškem jeziku, saj je na področju raziskav o neželenih dogodkih slovenski prostor zelo omejen za tovrstne raziskave. Kriteriji za izbor literature so bile različne vrste raziskav (naključno kontrolirane, kontrolirane klinične raziskave), ki so obravnavale varnost na področju predpisovanja, uporabe zdravil in odkrivanja odklonov v bolnišnicah ter so zajemale področje dela medicinskih sester. Iskanje je bilo omejeno na besedila za obdobje od leta 2005 do 2016. Izločili smo vse članke, ki so bili plačljivi in ni bilo na voljo celotno besedilo.

4 Rezultat

Pregledanih je bilo 25 enot strokovne literature iz področja neželenih dogodkov in varnostne kulture. Predvsem nas je zanimalo prijavljenost ter najpogostejši vzroki, ter možne rešitve. Za potrebe tega prispevka so v tem poglavju prikazane pomembnejše ugotovitve.

Leta 2005 je bilo v celotnem UKC Ljubljana prijavljenih 22 % neželenih dogodkov. Samo na kliničnem oddelku za kirurgijo srca in ožilja je bilo predvidenih odklonov čez 10.000, kar nakazuje na velik razkorak med dejanskim in predvidenim odklonom neželenih dogodkov pri aplikaciji zdravil. Na podlagi ankete so ugotovili, da je doslednost pri neželenih dogodkih mlajših medicinskih sester veliko višja kod pri starejših. Le 60 % medicinskih sester se zaveda odgovornosti dajanja zdravil in komaj 11 % anketiranih pri zamenjavi zdravila na podlagi priporočenega seznama (Bračič, 2009). Bračič (2012) še ugotavlja, da zdravstveno osebje na vseh ravneh ne upošteva oziroma ne pozna varnostnih priporočil pri predpisovanju in uporabi zdravil. Problem je kompleksen, saj gre za neskladnost organizacijskih del, prenatrpanost dela ter izčrpanost medicinskih sester, kar je najpogostejši vzrok za neželene dogodke pri razdeljevanju in aplikaciji zdravil. Kljub številnim priporočilom o varnosti pacientov ostaja odprto vprašanje glede uporabe teh priporočil v praksi.

V raziskavi izvedeni v Švici na Univerzitetnem kliničnem centru v Bernu so primerjali kakšna je prijava neželenih dogodkov pri aplikaciji zdravil pri anonimnem prijavljanju neželenih dogodkov. V vzorec so vključili 119 diplomiranih medicinskih sester iz kardiovaskularnih oddelkov. Naloga diplomiranih medicinskih sester je bila, da po končanem turnusu izpolnijo anonimni obrazec o neželenih dogodkih enega turnusa. Ugotovili so, da je z anonimno prijavo neželenih dogodkov razvidnost neželenih dogodkov višja od tistih, kjer so diplomirane medicinske sestre podpisane in zato kazensko odgovarjajo (Küng, Carrel, Wittwer, Engberg, Zimmermann in Schwendimann I, 2012). Pri prijavljanju so bolj odgovorne mlajše medicinske sestre to kaže raziskava iz 2012 kjer so skozi anketni vprašalnik ugotovili, da so izkušene medicinske sestre prijavile manj neželenih dogodkov (38,63 %) kot neizkušene medicinske sestre (z izkušnjami do 1. leta) (45,35 %). Razlog za takšen rezultat je, da so mlajše diplomirane medicinske sestre bolj odprte za pogovor o neželenih dogodkih in jim priznavanje napak ni tabu. Obe skupini sta se strinjali, da je glavni vzrok za neželeni dogodek izčrpanost in prekinitev medicinske sestre med delom (Unver, Tastan in Akbayrak, 2012). Pretorius, Gataric, Swedlund in Miller (2013) so na podlagi pregleda literature ugotovili, da je pri starejših hospitaliziranih pacientih (nad 75 let) prišlo do več neželenih dogodkov pri aplikaciji zdravil kot pri mlajših. Poleg tega so ugotovili, da je predpisovanje zdravil pri starejših pacientih manj natančno in se kombinacija zdravil večkrat spregleda, kar je najpogostejši vzrok, ki vodi v poslabšanje stanja pacientov ali celo smrt. Na podlagi pregleda literature so tudi ugotovili, da se medicinske sestre s starejšimi pacienti ne pogovorijo o zdravilih, ki jih imajo ti s sabo v bolnišnicah, zato se dogaja, da pacienti dobijo dvakratno dozo enega zdravila.

Starostniki pa niso ogroženi le v bolnišnicah pač pa tudi doma, saj so patronažne medicinske sestre v raziskavi iz leta 2013 menile, da so vzroki napak neizkušenost, napačna interpretacija navodil, medtem ko so za sistemske in timske vzroke kot vzroke možnih strokovnih napak anketirane patronažne medicinske sestre navedle preveč dela, ki predstavlja veliko stresno obremenitev, ter pomanjkanje dodatnega izobraževanja in pomanjkanje kadra. Prav tako je raziskava pokazala, da se patronažne medicinske sestre premalo zavedajo kazenske odgovornosti. Ugotovili so, da neželeni dogodki niso prijavljeni zaradi strahu nad nadrejenimi in njihovimi sodelavkami (Grubar, 2013). Da je problem sistemski pa poudarja Robida (2014), ki je z raziskavo ugotovil, da so klinični mentorji premalo ozaveščeni o varnosti pacientov. Ugotovili so, da zaradi tega tudi študentje nimajo takšnega visokega zavedanja o varnosti pacientov. Da bi bila kultura varnosti višja bi bilo potrebno vpeljati dodatna izobraževanja za mentorje in prav tako dodatni študijski predmeti za študente zdravstvene nege.

Wideman idr. (2005) v svojem članku prikazuje rešitev, ki so jo v ZDA predlagali Nacionalna zrakoplovna in vesoljska uprava (NASA), Sistem za poročanje o pacientovi varnosti, Arnesov raziskovalni center, Nacionalni center za poročanje o varnosti pacientov, ter Nacionalni svet za črtno kodiranje medicinske dokumentacije. Poskusili so uporabiti princip črtnega kodiranja za aplikacijo zdravil, kjer medicinska sestra lahko preko elektronske dokumentacije razbere pacientovo terapijo, ki jo je predpisal zdravnik. Na podlagi tega zdravilo črtno kodira in preveri ali zdravilo ustreza pacientovi dokumentaciji. Vsaka medicinska sestra ima svojo šifro, ki predstavlja tudi njen podpis. S to metodo se avtomatsko zapiše aktivnost medicinske sestre, čas, evalvacija in obračunavanje. Programska oprema, ki jo uporabljajo zapisuje tudi kakšna je zaloga zdravil, tako lahko medicinska sestra ob pomanjkanju določenega zdravila naroči zdravilo iz bolnišnične lekarne. S tem bi se zmanjšalo število napak in neželenih dogodkov.

5 Diskusija

Na osnovi pregledane literature lahko ugotovimo, da je Slovenija v primerjavi s tujim zdravstvom še vedno v ozadju glede same varnostne kulture. V raziskavi iz leta 2014, kjer so ugotavljali kolikšno je znanje kliničnih mentorjev, glede odgovornosti pri aplikaciji zdravil so rezultati pokazali, da je ozaveščenost na nizki ravni v primerjavi s tujino (Robida, 2014) in, da se medicinske sestre premalo zavedajo kazenske odgovornosti (Grubar, 2013). Robida (2014) to razlaga s tem, da je bil za časa njihovega šolanja poudarek na individualni odgovornosti brez poudarka sistemskega pristopa k izboljševanju varnosti pacientov.

Da izkušnje prinesejo dobro prakso je splošno znano. Tako tudi Küng idr. (2012) ugotavljajo, da medicinske sestre z daljšo delovno prakso in z več izkušnjami ne poročajo o številnih neželenih dogodkih kot se to dogaja mlajšim medicinskim sestram. V primeru neželenega dogodka pa so mlajše medicinske sestre bolj ozaveščene z varnostno kulturo o prijavljanju le-teh dogodkov (Unver idr., 2012). Na osnovi pregleda

literature lahko sklepamo, da je varnostna kultura v tujini precej višja kot v Sloveniji. Küng idr. (2012) še poudarjajo, da bi morali združiti znanje mlajših in starejših medicinskih sester, ter skupaj delovati za dobro in varnost pacienta. Iz vidika varnosti in višanja morale in etike se v praksi premalo pogovarjamo o nastalem problemu, se ne predvideva možnost napak (Grubar, 2013). Pomembno je, da se ob napaki sproži alarmni sistem, tako da je ponovitev izključena (Bračič, 2012). To pomeni, da moramo v zdravstveni negi računati na negativno znanje, ki zajema nekaj česar ni (z nasprotjem nečesa kar je), kako nekaj ne funkcioniira (z nasprotjem kako nekaj funkcioniira) in zakaj je nekaj narobe (v nasprotju s tem, kako je pravilno). V procesu poučevanja je potrebno pokazati negativno znanje, tako da se razmišlja in ustvarja pozitivno mnenje o rešitvah (Kobernar, Raljić in Gorše Muhič, 2013). Jankovič (2013) navaja, da lahko visoko kakovost in varno zdravstveno obravnavo dosežemo le, če postaneta neločljiv del vsakdanje prakse. Za izboljšanje sistema prijavljanja neželenih dogodkov predlagamo, da bi lahko bila dobra praksa uveljavitev anonimnih prijav neželenih dogodkov. Menimo, da bi se s tem zvišalo število prijav, pri čemer se medicinske sestre ne bi počutile krive.

Lewton, Carruthers, Gandner, Wright in McEachan (2012) poudarjajo, da je potrebno razumevanje in zaupanje med zaposlenimi. Vsak človek se lahko zmoti (Aronson, 2009) in s priznavanjem neželenega dogodka ne želimo obsojati posameznika, ki je napako storil (Lederman, Dreyfus, Matchan Knot in Mitions, 2013), temveč se o njej pogovarjati, učiti in nadgrajevati znanje (Unver idr., 2012). Za izboljšanje in pridobivanje zaupanja menimo, da bi v bolnišnicah moralo biti več supervizorjev, ki bi se o incidentih pogovarjali s storilci neželenih dogodkov. Za izboljšanje varnostne kulture, torej odgovarjamo sami, a je potrebno za njo poskrbeti tudi na nacionalni in predvsem globalni ravni.

Na podlagi ugotovljenih podatkov iz raziskave Kiekkas, Karga, Lemonideu, Aretha in Karankolas (2011) ugotavljajo, da je napačna doza zdravila najpogostejši prijavljen neželeni dogodek v praksi, Jones (2009) pa se strinja, da je napačen čas aplikacije zdravila takoj za napačnim odmerkom zdravila. Prav tako so medicinske sestre prijavljale kot neželeni dogodek nepravilno hitrost aplikacije zdravila, napačno pot aplikacije zdravila in nepravilno pripravo zdravil (Unver idr., 2012). Treiber in Jones (2012) ugotavljata, da je prekinitev medicinske sestre med pripravo in aplikacijo zdravila, nepravilno napisana terapija, nečitljivo napisana terapija, neupoštevanje pravila 11P, podobna imena in ovojnina zdravila (Lewton idr., 2012), zelo pogost vzrok neželenega dogodka. Rutinsko delo medicinskih sester, ki že leta opravljajo enako delo lahko privede do neželenega dogodka v primeru nadomeščanja pomanjkanja kadra na drugih oddelkih (Williams, 2007), kjer je delo drugače razporejeno in se zdravila aplicirajo na drugačen način (nekatera zdravila se ne mešajo, se aplicirajo v i.v. z drugačno dozo kot per os. ipd.) (Küng idr., 2012). Najpogosteje pa se neželeni dogodki aplikacije zdravil zgodijo pri starejših pacientih. Pretorius idr. (2013) navajajo, da je kar en pacient od treh v starostni nad 75 let doživel neželeni dogodek.

Kot rešitev Ministrstva za zdravje (Kiauta, Poldrugovac, Rems, Robida in Simčič, 2010) ter Nacionalnega sveta za komuniciranje, poročanje in preprečevanje napak

(National Coordinating, 2005) predlagajo, da je potrebno določiti nacionalno stično točko za varnost uporabe zdravil, ki naj sodeluje in dopolnjuje farmakološke sisteme, poroča o napakah o zdravilih, analizira vzroke in razširja informacije o zmanjševanju tveganja in preprečevanju napak. Pristojni odgovorni naj prepoznajo varnost zdravil kot prednostno nalogo z uveljavljanjem evropskih standardov za varno prakso pri uporabi zdravil ter širjenjem podatkov in strategij za preprečevanje in zniževanje tveganj med posameznimi državami (Kiauta idr., 2010).

Rešitev zmanjševanja neželenih dogodkov je nedvomno elektronsko dokumentiranje. V ZDA to prakso uvajajo že dve desetletji, vendar pa je problem v neenotnosti elektronskega dokumentiranja. Francis (2012) pravi, da je stanje v ZDA še vedno slabo zaradi ekonomskega stanja bolnišnic po celotni Ameriki. V prihodnjih letih ali desetletjih si želijo pridobiti enak elektronski sistem za vse ameriške bolnišnice in klinike. S tem bi zmanjšali možnost napak in neželenih dogodkov ne le na področju zmanjševanja napak pri aplikaciji zdravil (Williams, 2007), temveč tudi drugih tveganj za paciente (Wideman idr., 2005).

6 Sklep

Na podlagi pregledane literature lahko ugotovimo, da je slovensko zdravstvo na področju varnosti zakonsko dobro podkrepjeno, vendar v praksi tega ne udeležujemo v celoti. Za to področje imamo premalo kadra, da bi lahko govorili o kakovostnem nadziranju varne uporabe zdravil. Za izboljšanje in višanje kakovosti na področju varnostne kulture je potreben sistemski pristop. To pomeni, da bi morala varnostna kultura biti visoka vrednota vsakega posameznika v zdravstvu oziroma celotne zdravstvene stroke. Da bomo to dosegli predlagamo kontinuirana strokovna izpopolnjevanja in usposabljanja medicinskih sester o kakovosti in varnosti aplikacije zdravil, saj so medicinske sestre samostojne strokovnjakinje na področju zdravstvene nege, ki morajo poznati ukrepe in predvideti možnost napak. Medicinske sestre je potrebno spodbujati in strmeti k temu, da se o neželenih dogodkih pogovarjajo in višajo varnost pacientov s prijavljanjem incidentov. S tem bodo pridobile samozavest, zaupanje in višale kakovost zdravstvene nege.

LITERATURA

1. Ahačič, M. (2012). Vloga medicinske sestre pri razdeljevanju zdravil. V A. Blažun (ur.), NIAHO in ISO 9001 v bolnišnicah: predstavitev izkušenj v Kliniki Golnik. Zbornik predavanj (str. 12–14). Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
2. Aronson, J. K. (2009). Medication errors: Definitions and classification. *British journal of clinical pharmacology*, 67 (6), 599–604.
3. Bračič, A. (2009). Razvidnost, dorečenost, kompetentnost. V S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, B. M. Kaučič, D. Železnik in D. Klemenc (ur.), *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč*. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11.– 13. maj. Ljubljana (213D). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

4. Francis, T. (2012). Electronic Health Records Where we are and where we're going. *Physician Executive*, 39 (4), 82–84.
5. Grubar, D. (2013). Zahtevnost zdravstvene nege v patronažnem varstvu. V A. Pohostnik (ur.), *Napake v zdravstveni negi zbornik prispevkov 5. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice*, 24 in 25. januar 2013 (str. 28–37). Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo.
6. Jankovič, M. (2013). Spremljanje incidentov – pokazatelj kakovosti zdravstvene nege. V A. Podhostnik (ur.), *Napake v zdravstveni negi: zbornik prispevkov 5. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice*, 24. in 25. januar 2013 (str. 38–45). Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo.
7. Jones, S. W. (2009). Reducing medication administration errors in nursing practice. *Nursing Standard*, 23 (50), 40–46.
8. Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A. in Simčič, B. (2010). Nacionalna strategija kakovostni in varnosti v zdravstvu (2010 – 2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
9. Kiekkas, P., Karga, M., Lemonideu, C., Aretha, D. in Karankolas, M. (2011). Medication errors in critically ill adults: a review of direct observation. *American Journal of Critical Care*, 20 (10), 36–44.
10. Kobentar, R., Raljič, S. in Gorše Muhič, M. (2013). Pristop k obravnavi strokovnih napak v zdravstveni negi z vidika kompetenc medicinskih sester. V A. Podhostnik (ur.), *Zbornik prispevkov 5. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice*, 24. in 25. januar 2013 (66–73). Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo.
11. Küng, K., Carrel, T., Wittwer, B., Engberg, S., Zimmermann, N. in Schwendimann, R. (2012). Medication Errors in a Swiss Cardiovascular Surgery Department: A Cross-Sectional Study Based on a Novel Medication Error Report Method. *Nursing Research and Practice*, 2013(2013), 1–6.
12. Lederman, R., Dreyfus, S., Matchan Knott, J. C. in Mittons, S. K. (2013). Electronic error-reporting system: A case study into the impact on nurse reporting of medical errors. *Nursing Outlook*, 61 (6), 417–426.
13. Lewton, R., Carruthers, S., Gandner, P., Wright, J. in McEachan, R. (2012). Identifying the latent failures underpinning medication administration errors: an exploratory study. *Health Services Research*, 47 (4), 1437–1459.
14. Oblak, E. in Vrankar, K. (2012). Notranji nadzor pri dajanju zdravil. V A. Blažun, (ur.), *NIAHO in ISO 9001 v bolnišnicah: predstavitev izkušenj v Kliniki Golnik. Zbornik predavanj* (str. 23–28). Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
15. Poročilo o sistemu upravljanja z odkloni v letu 2014: Sistem za obvladovanje varnostnih zapletov in odklonov. Univerzitetni klinični center Ljubljana. Pridobljeno 19. 7. 2015, s http://www.kclj.si/dokumenti/deloVno_porocilo_o_sistemu_upravljanja_z_odkloni.pdf.
16. Pretorius, R., Gataric, G., Swedlund, S.K. in Miller, J. R. (2013). Reducing the Risk of Adverse Drug Events in Older Adults. *American Family Physician*, 87 (5), 331–336.
17. Robida, A. (2014). Odnos in znanja kliničnih mentorjev zdravstvene nege o varnosti pacientov. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 48 (3), 220–226.
18. The national coordinating council for medication error reporting and prevention (2005). NCC MERP: The first ten years »Defining the problem and developing the solution«. Pridobljeno dne 6. 6. 2015, s <http://www.nccmerp.org/about-medication-errors>.
19. Trreiber, L. A. in Jones, J. H. (2012). Medication errors, routines, and differences between perioperative and non-perioperative nurses. *AORN Journal*, 96 (3), 285–294.
20. Unver, V., Tastan, S. in Akbayrak, N. (2012). Medication errors: Perspectives of newly graduated and experienced nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 18 (4), 317–324.
21. Wideman, M. V., Whittler, M. E. in Anderson, T. M. (2005). Barcode Medication Administration: Lessons Learned from an Intensive Care Unit Implementation. In K. Henriksen, J. B. Battles, E. S. Marks in D. I. Lewin (eds.), *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 3: Implementation Issues)* (str. 437–451). Agency for Healthcare Research and Quality (US).
22. Williams, D. P. (2007). Medication errors. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 37, 343–346.
23. Zakon o pacientovih pravicah. (2008). Uradni list Republike Slovenije št. 3.

Vloga medicinske sestre pri obravnavi bolnikov z multiplo sklerozo

UDK 616.832-004-083

KLJUČNE BESEDE: medicinske sestre, zdravstvena nega, kronične bolezni

POVZETEK - Multipla skleroza (MS) je idiopatska avtoimunska vnetna demielinizacijska bolezen osrednjega živčevja, ki se lahko pojavi v vseh starostnih obdobjih. Najpogosteje se pojavi med 20. in 40. letom. Zaradi raznolike klinične slike, še zlasti na začetku, predstavlja diagnostični izziv, zgodnejše zdravljenje pa je lahko učinkovitejše. Leta 1965 so bili predlagani prvi diagnostični kriteriji za MS, ki jih poznamo kot Schumacherjeve kriterije. Vloga medicinske sestre je, da vsakega bolnika obravnava individualno, usmerjeno k smislu za nadaljevanje življenja. Kronične bolezni se razvijajo skozi več faz. Najprej so pred nami bolniki z akutnimi težavami, kasneje se težave in motnja krepijo, bolezen se razvija in vse skupaj za bolnika postaja pomembnejše. Sprejetje kronične bolezni ni enostaven proces. Poznamo tri oblike pacientov, ki se odzivajo na različne načine: iskanci – aktivno iščejo odgovore na vprašanja, izmišljevalci – selektivno razlagajo dobljene informacije, izogibovalci – prisoten strah – ne želijo informacije. Bolnikom je pri soočenju z boleznijo in med potekom zdravljenja treba pustiti, da sami izberejo način soočenja in boja, hkrati pa moramo prepoznati trenutek, ko sami ne zmorejo več in jim stopiti nasproti, pri čemer smo medicinske sestre potrebne, koristne in kot strokovnjaki pomemben član tima.

UDK 616.832-004-083

KEY WORDS: MS nurse, nursing care, chronic disease

ABSTRACT - Multiple sclerosis (MS) is an autoimmune idiopathic inflammatory demyelinating disease of the central nervous system, which can occur at any age. The most commonly it appears between the age of twenty and forty. Due to the variety of clinical pictures, particularly at the start, it represents a diagnostic challenge. Earlier treatment can be effective. First diagnostic criteria for MS were proposed in 1965. They are known as Schumacher criteria. The role of the MS nurse is to approach the patient from different perspectives, that each patient is treated individually and that the patient is oriented to the continuation of life. Character of the chronic diseases develops through several stages. First, we have patients with acute problems, later on the difficulties and disorder intensifies, the disease is developing and everything is becoming more important for the patient. Accepting a chronic illness is not an easy process. There are three types of patients that respond in different ways: seekers – actively seeking answers to questions, “inventors” – selectively interpreting obtained information, “avoiders” – the fear is present - they do not want information. MS patients should be left to choose their own way of confrontation and struggle to come to the terms with the disease and the course of treatment. In the meantime, the experts that monitor the MS patients must identify the time when the MS patients cannot cope with the disease by themselves and approach to them properly. At this time, the MS nurses are necessary, useful and, as experts, important members of the team.

1 Multipla skleroza

Multipla skleroza je kronična, vnetna, demielinizacijska, gensko vezana, vendar ne dedna nevrološka bolezen, pri nastanku katere imajo vlogo tudi dejavniki okolja. Navadno poteka v zagonih, med katerimi so relativno stabilna obdobja bolezni. Čeprav je etiologija bolezni še vedno nepojasnjena, prevladuje mnenje, da so za njen nastanek odgovorni avtoimunski mehanizmi (Tetičkovič idr., 1997).

MS je avtoimunska in za epilepsijo najpogostejša nevrološka bolezen. Je najpogostejši vzrok invalidnosti pri mladih odraslih osebah, saj se bolezen klinično pokaže med 20. in 40. letom starosti. Bolezen poznamo že dolgo. Že v začetku 19. stol. jo je natančno opisal vnuk angleškega kralja Georgea III sir Augustus d' Este.

Leta 1835 je Jean Cruveilhier, profesor patologije v Parizu prvič poročal o »rjavih področjih« v osrednjem živčevju. Nekaj let pozneje je Anglež Robert Carswell opisoval številne »pike« po sprednji strani hrbtenjače.

Prvi klinični opis MS je leta 1849 objavil nemec Friederich Theodor von Frerichs (Denišlič, 1996).

V Sloveniji najdemo prve podatke o MS v zgodnjih bolnišničnih zapiskih nevrološke klinike v Ljubljani leta 1895 (Končan-Vračko, 1995).

1.1 Demielinizacija

Pri MS nastanejo v osrednjem živčevju brez pravega reda različno velika vnetna demielinizacijska žarišča. Razporejena so okoli drobnih žil, predvsem v beli, v manjši meri tudi v sivi snovi. Žariščna demielinizacija se lahko pojavlja kjerkoli v živčevju, posebej pogosto jih opazimo ob votlinah v osrednjem živčevju. Sprva lahko živčevje propadle mielinske ovojnice še nadomesti- remielinizacija. Ozdravljenje ni popolno, saj so nove mielinske ovojnice tanjše, razdalja med posameznimi zažemki, pomembnimi za prenos dražljajev, se stanjša. Demielinizacija upočasni ali celo prepreči prevajanje živčnih dražljajev. Prevajanje je včasih tudi neustrezno, dražljaji potujejo po živčnih vlaknih, ki naj ne bi sodelovala pri njihovem prenosu. Proces demielinizacije je vsekakor zapleten in v njem sodeluje več notranjih in zunanjih dejavnikov (Denišlič, 1996).

1.2 Imunologija

MS je avtoimuna bolezen. To pomeni, da se v nekem trenutku poruši obrambni sistem v telesu, ki prične tvoriti protitelesa proti lastnim strukturam- proti mielinu. Iz neznanega vzroka pride do aktivnosti krvnih teles, ki sodelujejo pri imunskem odzivu (T in B limfocitov ter makrofagov) in razkrajajo mielin na aksonih oz. ga odstranjujejo iz njih. T limfocite delimo na celice ubijalke in celice pomagalk, ki vplivajo na aktivnost makrofagov in pospešujejo tvorbo protiteles. Poznamo še T celice zaviralke, ki zavirajo in usmerjajo imunski odziv. B limfociti sodelujejo pri tvorbi protiteles proti mielinu (Tetičkovič idr., 1997).

1.3 Geografska porazdelitev

Ena najbolj izraženih značilnosti pri MS je njena geografska razporeditev. MS je obolenje zmernege območja in je v tropskih krajih praktično ni. Število bolnikov z MS se povečuje z oddaljenostjo od Ekvatorja.

Običajno obstajajo velike razlike med življenjem na deželah z zmernim podnebjem in tropskimi deželami. Poznamo področja z veliko (več kot 30 bolnikov na 100.000 prebivalcev) in področja s srednjo razširjenostjo (od 5 do 29 bolnikov na 100.000 prebivalcev). Bolezen torej ni enakomerno razširjena po vsem svetu.

Prevalenca MS v Sloveniji, ki po svoji geografski legi sodi med dežele srednje Evrope, znaša 3,4 bolnikov na 100.000 prebivalcev (Končan-Vračko, 1995).

Najredkeje zbolevajo prebivalci Azije, južne Amerike, Afrike in Daljnega Vzhoda.

Odstotek bolnikov je največji v severni Evropi in severni Ameriki, južni Kanadi in v južnem delu Avstralije ter na Novi Zelandiji. Področja, kot so južna Evropa in največji del Avstralije, sodijo med področja s srednje velikim tveganjem za MS.

1.4 Zdravljenje

V tem trenutku ni zdravila, ki bi pozdravilo ali pa ustavilo napredovanje bolezni.

Glavni cilj zdravljenja MS so trenutno:

- zmanjšati število zagonov in moč zagonov;
- upočasniti napredovanje nesposobnosti;
- ohraniti kvalitetno bolnikovo življenje (Denišlič, 1996).

Zgodnja diagnoza nam omogoča zgodnje zdravljenje MS. Imunomodulatorno zdravljenje je preventivno, kar pomeni, da prepreči poslabšanja bolezni. Kot že ime, imunomodulatorna zdravila vplivajo na imunski sistem, torej na osnovno bolezensko dogajanje pri multipli sklerozi. Končni dosežek njihovega delovanja je, da se imunska reakcija umiri, da doživi manj zagonov.

Poznamo imunomodulatorno terapijo, s katero lahko vplivamo na potek recidivno – remitentno obliko MS in sekundarno napredujočo MS, ne moremo pa vplivati na potek primarno napredujoče bolezni, ki pa jo zdravimo le tako, da lajšamo njene simptome (Kambič-Budkovič, 2004).

1.5 Opredelitev zdravja in bolezni

»Obolenje je nekaj kar ima organ in bolezen je nekaj, kar ima človek. Znotraj medicinskega modela je bilo zdravje tradicionalno razumljeno kot odsotnost obolenja« (Payne in Walker v Turk, 2005).

»Zdravje je postalo eden največjih sinonimov za srečo. In če zdravje postaja nova najvišja vrednota, potem pomeni ne-zdravje zelo resno napako« (Ule, 2003). To sili bolnika v samoobtoževanje za lastno bolezen, individualno odgovornost, zato je potrebno, da se bolnik zdravi sam, da si pomaga sam, da je kompetenten in aktiven.

»Izsledki številnih raziskav socialnih predstav o bolezni in zdravju raziskovalke Christine Herzich kažejo, da doživljamo zdravje kot naravno oz. lastno stanje posameznika« (Škufca, 2003). Z drugimi besedami: zdravje imamo navadno kot samoumevno, vse dokler ne zbolimo.

»Bolezen v svoji elementarni obliki je dogodek, ki se ne manifestira samo v bioloških znakih, ki prizadenejo telo. Njen pomemben del so socialne manifestacije bolezni, ki prizadenejo socialne odnose, vloge in dejavnosti posameznika ali posameznice. Bolezen ali simptom je torej kulturni znak. Moramo jo razumeti in hkrati odpraviti njen problem (Ule, 2003).

1.6 Kronične bolezni

Karakter kronične bolezni se razvija, ima več faz. Spočetka je na bolnike bolj gledati kot na akutne bolnike, kasneje se motnja krepi, bolezen se razvija in vloga bolnika ter motnja postaneta pomembnejši. Prvi simptomi se lahko spregledajo ali se imajo za nepomembne. Navadno nato posamezniki poiščejo zdravniško pomoč, čeprav verjamejo, da gre za kratkoročno bolezen. Tudi zdravniki včasih spregledajo pravi pomen simptomov in bolniki ostanejo z nejasno karakterizacijo svoje bolezni. To je primer občutka bolezni, kjer bolniki čakajo na diagnozo svoje bolezni. Šele po opravljeni diagnozi postanejo zares bolniki v socialnem smislu, v okolju, kjer živijo (Ule, 2003). Diagnozi včasih sledi negotovost glede nadaljnjega poteka bolezni in zdravljenja. Kronični bolniki se tu delijo na (Ule, 2003):

- iskalce: aktivno iščejo odgovore na vprašanja in dileme, ki se jim ob bolezni porajajo,
- izmišljevalce: selektivno razlagajo dobljene informacije in jih domišljajsko preinterpretirajo,
- izogibovalce: strah jih je tega, kar bi lahko izvedeli, zato se izogibajo neprijetnim informacijam, jih ignorirajo.

Kronični bolnik mora nekako »utelesiti« tako vlogo bolnika kot vlogo zdravega človeka. Povezati ju mora v novo, trajno samopodobo, življenjski stil, identiteto. Včasih je bolj poudarjena »bolezenska«, drugič »normalna« plat te vpletenosti kronične bolezni v njegovo vsakdanje življenje (Ule, 2003).

Radley govori o štirih različnih oblikah predelave kronične bolezni v življenjskem stilu bolnika. Ti načini se razlikujejo glede na to, kako se nanašajo na izgubo ali ohranitev sodelovanja osebe v socialnem življenju ter odnos osebe do bolezni. Tako dobimo štiri glavne tipe odnosov:

- aktivno zanikanje: bolnik ne sprejme svoje bolezni, si ne prizadeva za njeno premagovanje, uporablja vire vsakdanjega življenja zato, da se bori proti učinkom bolezni, poskuša kar se da aktivno živeti v normalnem življenju in zmanjšati posledice bolezni na minimum. Bolezni namenja le malo pozornosti,
- prilagoditev: bolnik sprejme svojo bolezen in ustrezno spremeni svoje vsakdanje življenje in delo,
- sekundarna prilagoditev: se nanaša na pozitivne kvalitete, ki jih bolnik potegne iz soočenja s svojo boleznijo, tako da pozitivno tolmači delno izstopanje iz svojih siceršnjih življenjskih obremenitev. Rečemo, da »sebe vključi v bolezen«,
- resignacija: pomeni občutek življenjskega poraza pred boleznijo.

1.7 Vloga MS medicinske sestre

Zdravstvena nega, kot sestavni del sistema zdravstvena varstva, vključuje izboljšanje, preprečevanje bolezni in zdravstvene obravnave telesno in duševno bolnih ter invalidov v vseh življenjskih obdobjih. Posebna naloga medicinske sestre v tem širokem spektru zdravstvenega varstva je nuditi pomoč posameznikom, družinam in širšim skupnostim pri reševanju aktualnih in potencialnih zdravstvenih problemov.

Zdravstvena nega lahko pripomore k ozdravitvi po enkratnem pojavu bolezni, lahko pa vpliva na dolgoročno politiko zdravja prebivalstva (Kisner idr., 1998).

Cilj zdravstvene nege vključuje:

- pomoč posameznikom, družinam in skupinam, da bodo dosegli fizično, duševno in socialno zdravje in dobro počutje znotraj svojega socialnega in ekološkega okolja;
- pospeševanje in ohranjanje pozitivnega zdravja;
- vzpodbujanje človekovega potenciala za samopomoč;
- preprečevanje bolezni;
- lajšanje in zmanjšanje negativnih učinkov bolezni;
- prepoznavanje človekovih fizičnih, psihičnih in socialnih potreb v času bolezni, nezmožnosti in smrti (Kolaborativni center, 1995).

V teoretičnem modelu Oremova poudarja pomen samooskrbe, ki temelji na posameznikovi zmožnosti, sposobnosti in odgovornosti izvajanja samooskrbe. Samooskrbo pojmuje kot del vsakodnevnih aktivnosti človeka, ki jih posameznik izvaja v svojo lastno korist za vzdrževanje življenja, zdravja in dobrega počutja. Izpostavljena je aktivna vloga posameznika in njegova odgovornost, da z izvajanjem aktivnosti vzdržuje zdravje, izboljšanje zdravja ali sprejme stanje svoje bolezni (Bohinc in Cibic, 1995). Teorija Oremove je usmerjena k razvijanju odgovornosti za lastno zdravje in k podpori rizičnim skupinam prebivalcev. Naloga medicinske sestre je, da ugotovi katere potrebe lahko varovanec sam zadovolji, medicinska sestra naredi le tisto, kar sam ne more storiti (Bohinc in Cibic, 1995). Oremova trdi, da vsi ljudje ne potrebujejo zdravstveno nego. Kljub povečanim potrebam po samooskrbi, ki izhajajo iz spremenjenega zdravstvenega stanja, je človek sposoben aktivirati rezervne sposobnosti, če jih ima v sebi in ostati v ravnovesju. Potreba po zdravstveni negi nastopi takrat, kadar so potrebe in zahteve po samooskrbi večje kot so sposobnosti posameznika za izvajanje samooskrbe. Cilj zdravstvene nege je obnoviti ravnovesje med sposobnostmi samooskrbe in potrebami po samooskrbi (Vidrih, 2001).

Proces zdravstvene nege je sodobna metoda, ki omogoča medicinskim sestram individualno, humano in strokovno obravnavo posameznika, družine in lokalne skupnosti. Omogoča sistematično, logično spoznavanje in reševanje problemov bolnika v okviru pristojnosti stroke zdravstvene nege. Upošteva se usmeritev k bolniku, njegova aktivna vloga in celovitost (Kisner in sod., 1998).

Zaradi MS je dolgoročno pričakovati zmanjšano sposobnost izvajanja samooskrbe pri zagotavljanju nekaterih osnovnih življenjskih potreb. Spremenjen način telesnega delovanja in močno čustveno doživljanje, ovirajo zadovoljevanje osnovnih fizioloških potreb (gibanje, skrb za osebno higieno in urejenost, skrb za varnost). Poslanstvo zdravstvene nege je pomoč ljudem, da bi ti sami določili in dosegli svoje zdravstvene zmožnosti v okolju, kjer živijo in delujejo. Glavne naloge medicinske sestre so krepitev in ohranitev dobrega zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za dobro rehabilitacijo (Pajnikihar, 1999).

Medicinska sestra pomaga človeku MS pri tistih življenjskih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi ali vrnitvi zdravja. Nujna je individualna obravnava, kajti nenaden začetek bolezni, velike spremembe v poteku bolezni in nepoznavanja bolezni postavljajo osebo v negotovost in obup (Salobir, 2003).

Globalni cilj komunikacije medicinske sestre in bolnika je medsebojni odnos, v katerem bo bolnik brez zadržkov in strahu sporočal svoje potrebe, želje in pričakovanja. S tem bo dobila dodatne informacije, ki ji bodo v pomoč pri izvajanju zdravstvene nege, bolnik pa bo imel občutek, da ni samo številka (Filipič, 1998).

Vzpostavljanje terapevtskega odnosa je proces, ki zahteva čas in skrbno vodenje medicinske sestre, sloni pa na zaupanju in spoštovanju, da medicinska sestra bolnika sprejme, ceni in spozna njegove potrebe in težave. Terapevtsko komunikacijo sestavljata medicinska sestra in bolnik, ki vstopata v ta proces z iskanjem, občutki, strahovi, pričakovanji in vrednotami (Pajnkihar, 1999).

2 Izkušnje z bolniki z multiplo sklerozo

Na oddelku spremljamo bolnike z multiplo sklerozo in predvsem želimo ugotoviti na kakšen način doživljajo svojo bolezen ter ali so ob postavitvi same diagnoze zdravje vrednotili drugače kot pred samo boleznijo. Predstavljamo kratek povzetek naših ugotovitev, ki temeljijo na anketni raziskavi, v katero je bilo zajetih 60 bolnikov z boleznijo Multipla skleroza. Vrnjenih anketnih vprašalnikov je bilo 57, kar pomeni da je bila realizacija vzorca 95 %. Namen raziskave je bil opisati dinamiko zdravje – bolezen pri bolnikih z Multiplo sklerozo, ter ugotoviti na kateri stopnji je pri njih vrednota zdravje in kako skušajo bogatiti svoje življenje ob soočanju s samo boleznijo.

Podatki dobljeni s pomočjo ankete potrjujejo že znano, da bolezen prizadene največ žensk v mlajšem obdobju življenja, zato predstavlja velik psihični stres ter negotovost za prihodnost. Vsak posameznik, še posebej pa mlad človek z MS, se zaveda, kako pomembno je psihično ugodje v vsakdanjem življenju. Sami rezultati raziskave so pokazali, da bolezen lahko pretrga ali le natrga življenje, katerega so praktično ravnokar začeli. Negotovost se kaže predvsem zaradi neozdravljivosti same bolezni. Venomer se jim zastavlja vprašanje »Kaj bo z mano čez toliko in toliko časa?«. V veliki večini so mnenja, da je potrebno in »žlahtno« imeti ob sebi družino, prijatelje, na katere se lahko obrnejo sleherni čas. Med bolniki pa so tudi posamezniki, ki zajemajo življenje s »polno« žlico in se na pozitiven način borijo s svojo težavo, ki jo večsah poimenujejo tudi »prijateljico«.

Mladi bolniki z MS dokazujejo, da se jim je lestvica vrednot drastično spremenila, ko so izvedeli za svojo diagnozo. Živeti s kronično boleznijo ni lahko, je pa lažje, ko jo sprejmejo kot sestavni del življenja. S pomočjo dobro organizirane zdravstvene službe in zdravstvene vzgoje so pacienti spremenili način življenja, začeli so se zavedati pomena telesne aktivnosti, pravilnega prehranjevanja ter zdravljenja bolezni.

LITERATURA

1. Denišlič, M. (1996). Multipla skleroza. Ljubljana: Društvo MS Slovenije.
2. Filipič, I. (1998). Komunikacija v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N*, 32, 221–224.
3. Kisner, N., Rozman, M., Klasinc, M. in Pernat, S. (1997). Zdravstvena nega. *Obzorja*, 998, 14–26.
4. Končan-Vračko, B. (1998). Zdravljenje in medicinska obravnava obolelih z MS. *Glasilo*, 37, 23–31.

5. Pajnikihar, M. (1999). Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
6. Proces zdravstvene nege z dokumentiranjem (1995). Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego.
7. Salobir, M. (2003). Nega ljudi z multiplo sklerozo. Glasilo, 47, 33–38.
8. Tekavčič idr. (1997). Klinična nevrologija. Maribor: Založba Obzorja.
9. Ule, M. (2003). Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej.
10. Vidrih M. (2001). Kakovost življenja bolnika s starostno degeneracijo makule. 41. strokovno srečanje oftalmološke sekcije zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.

Kompetence posameznika v zdravstveni negi

UDK 616-083+3.076

KLJUČNE BESEDE: kompetence, zdravstvena nega, izvajalec zdravstvene nege

POVZETEK - Kompetenca ni le sposobnost uporabe znanj, ampak predvsem sposobnost posameznika, da med seboj poveže in v prakso aplicira tako znanje kot tudi veščine, motivacijo in vrednote. Standardi zdravstvene nege so strokovna podlaga za opravljeno delo, dokument »Poklicne kompetence in aktivnosti v dejavnosti zdravstvene in babiške nege« določa kompetence, za kakovost opravljenega dela pa je odgovoren posameznik, izvajalec zdravstvene nege. V prispevku predstavljamo raziskavo o poznavanju kompetenc med izvajalci zdravstvene nege v kliničnem okolju. Zajeli smo diplomirane medicinske sestre in diplomirane zdravstvenike ter tehnike zdravstvene nege oziroma srednje medicinske sestre (v nadaljevanju izvajalci zdravstvene nege). Cilj raziskave je bil preveriti, kako dobro izvajalci zdravstvene nege poznajo svoje kompetence. Raziskali smo kompetence obeh omenjenih profilov izvajalcev zdravstvene nege, njihovo poznavanje ter zavedanje, da je prekoračitev kompetenc kazensko odgovorno dejanje. Ugotovili smo, da je 80 % anketiranih izvajalcev zdravstvene nege prepričanih, da svoje kompetence poznajo, ob tem pa se jih 71 % zaveda, da so za prekoračitev kompetenc kazensko odgovorni. Iz rezultatov je razvidno, da delavci z nižjo izobrazbo svoje kompetence v povprečju presežejo pogosteje kot delavci z višjo izobrazbo.

UDC 616-083+3.076

KEY WORDS: competences, health care, a health care worker

ABSTRACT - Competence is not only the ability to use knowledge but also an individual's ability to interconnect and apply knowledge, skills, motivation and values in practice. »Standards of care« are the technical basis for the work done, the document »Professional competencies and activities in the business of Nursing and Midwifery« provide competence, but the quality of the work is the responsibility of an individual health care provider. The paper presents a study about the knowledge of the competencies among providers of care in a clinical environment, meaning registered nurses and nurses (hereinafter referred to as providers of health care). The aim of the study was to see how well health care providers are aware of their competencies. We investigated the competencies of these two profiles of nursing personnel, their knowledge, and awareness that exceeding the competencies is a criminally responsible act. We found out that 80% of providers of health care, included in the survey, are convinced that they know their competencies, 71% of them are aware that they have criminal liability for exceeding the competence. The results show that workers with the lower education exceeded their competencies more frequently than workers with higher education did.

1 Uvod

Že vrsto let so kompetence v zdravstveni negi odprto vprašanje, pri čemer menimo, da na nek način to godi tako zavodom kot tudi nosilcem dejavnosti, zdravnikom. Tako marsikatero delo delavci v zdravstveni negi opravijo, čeprav ga po zakonu ne bi smeli. Ko bo vprašanje kompetenc razrešeno, bo razrešeno tudi prenekatero nesoglasje v timih, rezultat pa bo dobro timsko delo, s tem pa še bolj varna in strokovna obravnava pacienta.

Problemi se pojavijo takrat, ko – predvsem zdravniki prepogosto – od diplomiranih medicinskih sester, diplomiranih zdravstvenikov in zdravstvenih tehnikov (v nadaljevanju delavci v zdravstveni negi) zahtevajo izvedbo del, ki presegajo opis njihovega dela in njihovih kompetenc. Nekaterim se to zdi dobro, pri tem se počutijo bolje, bolj

priznani, več vredni, ne zavedajo pa se, da s tem sebe po nepotrebnem izpostavljajo morebitnim kazenskim postopkom.

Temeljni normativni akt področja Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZdej-UPB2, Uradni list RS, št. 23/2005) dejavnost zdravstvene in babiške nege in izvajalce omenja kot zakonsko določeno na primarnem področju (7. člen), v socialno varstvenih zavodih in zavodih za usposabljanje, zaporih in vzgojnih zavodih (8. člen), na sekundarnem nivoju (15. člen), v terciarni dejavnosti (17. člen) in dejavnosti zdravilišč (19. člen).

V prispevku smo se usmerili predvsem na kompetence, ki jih imajo delavci v zdravstveni negi, kot jih opisuje dokument Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Poblizje smo razložili kompetence dveh izobrazbenih profilov, ki sta v zdravstveni negi najbolj prisotna, in sicer diplomirane medicinske sestre in višje medicinske sestre ter tehnika zdravstvene nege/zdravstvenega tehnika in medicinske sestre s srednjo stopnjo izobrazbe.

2 Kompetence in pristojnosti v zdravstveni negi

Slovar slovenskega knjižnega jezika definira kompetenco kot: obseg, mero odločanja, določeno navadno z zakonom; pristojnost; pooblastilo. Kot primer uporabe pa navaja »s tem je presegel svojo kompetenco«. Pristojnost pa pomeni to, da je nekdo z zakonom dobil pravico in dolžnost opravljati kako (pravno) dejanje in o čem odločati (SSKJ, 2016).

V zdravstvu je veliko govora o kompetencah in pristojnostih. Vsakodnevno se zaposleni srečujemo s kompetentnostjo pri opravljanju svojega dela, saj je nemalokrat niti ne moremo v popolnosti upoštevati, po drugi strani pa marsikdo besedo pristojnost povezuje s kompetencami in jih zato nehote tudi prekorači.

Upoštevati moramo, da se kompetence merijo in obravnavajo glede na specifično delovno okolje v določenem delovnem okolju. Kompetenca pomeni izkazovanje določenega vedenja, ki je opazno navzven, ta pa je potrebna za opravljanje določene naloge. Končni rezultat opravljenega dela je povezan z večjo učinkovitostjo in uspešnostjo pri delu s pacientom ali za pacienta. Enotne definicije, ki bi opisala, kaj so kompetence, ni (Železnik, 2010, str. 13).

Ko govorimo o pristojnostih, mislimo predvsem na delo, ki ga sicer negovalno osebje zna opraviti, ni pa za to pristojno. To se največkrat pojavlja v specialističnih ambulan tah, malih operacijskih, kjer se opravljajo majhni operativni posegi, razni postopki in posegi na specialističnih oddelkih ter najpogosteje v urgentnih službah ter intenzivnih enotah.

Kompetence so sposobnosti uporabe znanja in druge zmožnosti, ki so potrebne, da nekdo uspešno in učinkovito ter v skladu s standardi delovne uspešnosti izvrši določeno nalogo, opravi delo, uresniči cilje ali odigra vlogo v procesu dela. Obsegajo tako znanja kot veščine, spretnosti, osebnostne in vedenjske značilnosti, prepričanja,

motive, vrednote, samopodobo in podobno, torej vse tisto, kar je skupaj večje jamstvo za delovni uspeh, kot je to znanje samo po sebi (Železnik, 2010, str. 15).

Dogaja se, da si je negovalno osebje v večletnem profesionalnem opravljanju svojega dela ob zdravnikih kot nosilcih dejavnosti nabralo veliko izkušenj in se zato nemaleokrat zgodi, da prekoračijo svoja pooblastila oziroma kompetence tudi na pobudo zdravnika samega.

Na konkretni ravni je za zagotovitev »pravnih« kompetenc v organizaciji, torej takšnih, ki sočasno zadostijo trenutnim potrebam organizacije in so hkrati usmerjene v ljudi in prihodnost, treba v organizaciji ustvariti ustrezen model kompetenc in tudi zagotoviti njegov razvoj. Kohont in Svetlik (v Zver Knific, 2007, str. 18) pravita, da si je v ta namen treba odgovoriti na dve temeljni vprašanji:

1. Katero znanje, sposobnosti, veščine in lastnosti so potrebne za določeno delo?
2. Katere oblike vedenja najbolj neposredno vplivajo na uspešnost opravljanja določenega dela?

V zdravstveni negi je natančno opredeljeno, katera znanja in veščine mora osvojiti vsak, ki je zaposlen v zdravstveni negi.

Na podlagi 87. člena zakona o zdravstveni dejavnosti je Zbornica zdravstvene nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije skladno s 3. členom statuta na skupščini 25. 3. 1994 sprejela Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, ki navaja: »Temeljna naloga medicinske sestre je krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obravnavanje zdravja ter lajšanje trpljenja ... neločljivo povezano z zdravstveno nego je spoštovanje življenja, dostojanstvo in pravice človeka«, v nadaljevanju pa v načelu pet opredeljuje pristojnost medicinske sestre. »Pristojnost medicinske sestre je, da odloča, načrtuje, izvaja in nadzira zdravstveno nego. V procesu zdravstvene nege je odgovorna medicinski sestri, vodi negovalnega tima.« (Uradni list RS, št. 4/02).

Nepoznavanje kompetenc in pristojnosti je kazensko odgovorno. Mnogo medicinskih sester se tega ne zaveda, dejstvo pa je, da je dandanes osveščenost tako pacientov kot njihovih svojcev velika.

Savnik (2009, str. 13) razpravlja o odgovornosti in ravnanju zaposlenih v zdravstveni in babiški negi ob nesrečnem dogodku. Medicinska sestra se pri svojem delu sooča z nalogami, pri katerih je v bistvu povsem samostojna in jih izvršuje skladno s pravili stroke oziroma po standardih. Ko pa pride do napake, je za to zagotovo krivo nepoznavanje teh pravil.

Bohinc in Gradišar (2003, v Zabukovšek, 2010, str. 13) navajata, da so medicinske sestre omejene v sodelovanju z ostalimi profesionalci v zdravstvenem timu, ker področja kompetenc niso dovolj jasno definirana. K boljšemu sodelovanju bodo nedvomno doprinesle Poklicne kompetence in aktivnosti zdravstvene in babiške nege, ki jih je pripravila Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, saj so usklajene z evropskimi predpisi.

Kompetentnost izraža dokazano oziroma prikazano sposobnost posameznika, da v obstoječih poklicnih situacijah ustrezno uporablja svoje znanje, spretnost ali usposoblje-

nost oziroma kvalificiranost. Obsega vsa znanja, spretnosti in sposobnosti, potrebne za izvajanje nalog v določenem poklicu, oseba pa si jih je pridobila s formalnim oziroma kontinuiranim izobraževanjem pri delu ali z drugimi. Kompetence so pomembne, ker zagotavljajo jasno sliko vloge in odgovornosti izvajalcev v zdravstveni negi in vplivajo na proces zagotavljanja zaščite javnosti. Ob tem prispevajo k individualni in poklicni odgovornosti, so temelj za pripravo učnega programa in pomagajo pri določanju poklicnih pričakovanj v zvezi z nalogami v zdravstveni negi (Železnik idr., 2008, str. 16).

Dokument Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi opredeljuje aktivnosti v zdravstveni negi, babiški negi in oskrbi. Izvajajo jih izvajalci, ki so navedeni v Seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti.

V Republiki Sloveniji so kompetence natančneje opredeljene v Seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti, na katerem so navedeni zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci. Seznam vsebuje tudi kvalifikacijo, delovno področje ter poklicno dejavnost oziroma kompetence. V našem delovnem okolju pa se najpogosteje srečujemo z dvema profiloma izobrazbe v zdravstveni negi: diplomirana medicinska sestra oziroma diplomirani zdravstvenik in tehnik zdravstvene nege, zdravstveni tehnik in medicinska sestra s srednješolsko izobrazbo.

Diplomirana medicinska sestra in diplomiran zdravstvenik ter njune kompetence so aktualno vprašanje v slovenskem prostoru. Razrešitev dilem, ki so že mnogo predolgo odprte na tem področju, bo pomenila pomemben korak na poti k večji harmoniji v slovenskem zdravstvenem timu in – kar je najbolj pomembno – k večji varnosti pacientov (Ovijač in Starc, 2010, str. 97).

V 64. členu ZZDej (UPB-2, št. 23/2005) je diplomirana medicinska sestra oseba, ki je zaključila triletni ali 4600 ur trajajoči študij s teoretičnim in praktičnim izobraževanjem, je vpisana v register izvajalcev zdravstvene in babiške nege in ima veljavno licenco, v zdravstveni dejavnosti pa lahko samostojno opravlja delo.

Kompetence diplomirane medicinske sestre so navedene tudi v direktivi Evropskega parlamenta in sveta (2005/36/ES z dne 7. 9. 2008) o priznavanju poklicnih kvalifikacij.

Tehnik zdravstvene nege je oseba, ki je zaključila srednješolski program zdravstvene nege in je usposobljena za vrsto strokovnih del v okviru zdravstvene nege zdravih in bolnih ljudi v vseh življenjskih obdobjih in okoljih. Po Zakonu o zdravstveni dejavnosti mora za samostojno opravljanje zdravstvene nege opraviti pripravništvo v trajanju šestih mesecev in strokovni izpit (ZZDej, 64. člen, UPB-2, št. 23/2005). Njegove kompetence so opredeljene tudi v dokumentu Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi.

V zdravstvu se zavedajo, kako težko je v bistvu postaviti mejo upoštevanja kompetenc, saj izvajalce zdravstvene nege velikokrat tudi pacienti pripeljejo do tega, da mejo zavestno prekoračijo. To je lahko posledica slabega zdravstvenega stanja pacienta, sočutja in empatije delavca, ki s tem, da ne čaka zdravnika za uradno odreditev kakršne koli pomoči, to opravi sam. Vse to je za zaposlenega v zdravstveni negi slabo. V primeru napake ga namreč nikoli ne bo nihče podprl, niti nadrejeni niti svojci bolnikov.

3 Raziskava o poznavanju kompetenc in pristojnosti med izvajalci zdravstvene nege

3.1 Namen in cilj raziskave

Namen raziskave je ugotoviti, v kolikšni meri delavci v zdravstveni negi, predvsem diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki ter tehniki zdravstvene nege/ zdravstveni tehniki in medicinske sestre s srednjo stopnjo izobrazbe, poznajo svoje kompetence in ali jih kdaj prekoračijo.

Cilji raziskave so:

- preveriti, kako delavci v zdravstveni negi poznajo ali ne poznajo svojih kompetenc, in
- ugotoviti, ali so se sposobni soočiti z nepoznavanjem svojih kompetenc.

3.2 Raziskovalna vprašanja

Postavili smo naslednja raziskovalna vprašanja.

1. Ali delavci v zdravstveni negi razumejo razliko med pojmom kompetenca in pristojnost?
2. Kako dobro delavci v zdravstveni negi poznajo svoje kompetence?
3. Ali delavci v zdravstveni negi, ki imajo srednješolsko izobrazbo, svoje kompetence prekoračijo pogosteje kot delavci z visokošolsko izobrazbo?
4. Kako pogosto imajo delavci v zdravstveni negi občutek, da se od njih pričakuje zavestna prekoračitev kompetenc?
5. Kakšno je razmerje v prekoračitvah kompetenc med negovalnimi oddelki in specialističnimi enotami?
6. Ali bi dosledno upoštevanje kompetenc v nekaterih primerih bila slaba izbira za bolnike?
7. V kolikšni meri je poznavanje in upoštevanje kompetenc med zaposlenimi odvisno od vodje?

3.3 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo kvantitativno tehniko zbiranja podatkov.

3.4 Opis instrumenta

Primarni viri so pridobljeni z anonimnim anketnim vprašalnikom, ki smo ga objavili na spletnem portalu www.1ka.si. Na portalu je bil objavljen od petka, 12. februarja 2016, do ponedeljka, 15. februarja 2016. Vprašalnik smo oblikovali na podlagi pregledane literature in postavljenih raziskovalnih vprašanj. V prvem delu je anketni vprašalnik vseboval demografska vprašanja, v drugem delu eno petstopenjsko Likertovo lestvico s skupaj 12 trditvami in v tretjem delu še vprašanje s 17 ponujenimi odgovori, ki bodo jasno pokazali, v kolikšni meri delavci v zdravstveni negi svoje kompetence tudi poznajo.

3.5 Opis vzorca

Na anketni vprašalnik, ki smo ga objavili na osebнем socialnem omrežju, se je odzvalo 105 diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov ter tehnikov zdravstvene nege/zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester. Vsi anketirani so zaposleni v sekundarni zdravstveni dejavnosti oziroma v bolnišnicah. V popolnosti je anketni vprašalnik izpolnilo 19 % (10) moških in 81 % (44) žensk. Med anketiranimi je bilo največ delavcev v zdravstveni negi iz starostne skupine 37–43 let (21; 39 %), sledita ji starostna skupina do 29 let in 30–36 let z enakim številom anketiranih (13; 24 %) ter starostna skupina 44–50 let (4; 7 %). Najmanj anketiranih je bilo iz starostne skupine 51 ali več let (3; 6 %). Pri obdelavi podatkov smo tudi ugotovili, da sta med anketiranimi prisotna le dva izobrazbena profila, in sicer delavci v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo (27; 50 %) in delavci v zdravstveni negi z visokošolsko izobrazbo (27; 50 %).

3.6 Opis obdelave podatkov

Odgovori izpolnjenih anketnih vprašalnikov so se samodejno zbirali na spletnem portalu www.lka.si. Uporabili smo samo popolno izpolnjene vprašalnike, ki smo jih nato podrobneje obdelali. Odgovore Likertove lestvice smo kodirali oziroma jih rangirali točkovno, ostale pa obdelali s programom Microsoft Excel.

4 Rezultati in razprava

Kompetence (Boyatzisu v Svetlik in Zupan, 2009, str. 218) izražajo značilnosti posameznika, ki razlikuje odlično opravljanje dela od povprečnega ali slabega. Boyatzis pravi, da je to odvisno od posameznikovih motivov, spretnosti, samopodobe in znanja. Obseg znanja, ki ga medicinske sestre potrebujejo pri svojem delu, se stalno povečuje in s tem se spreminjajo tudi njihove kompetence. Naloga izobraževalnih ustanov je usposobiti diplomante za učinkovito soočanje z vse kompleksnejšimi zahtevami delovnega okolja in družbe (Trobec, Čuk in Istenič – Starčič, 2014, str. 310).

Ko smo podrobneje pregledali rezultate pravilno izpolnjenih anketnih vprašalnikov, smo prišli do spoznanja, da delavci v zdravstveni negi poznajo nekatere osnove glede kompetenc. Pozna pa se dejstvo, da se medicinska sestra v realnem, bolnišničnem okolju srečuje s situacijami, ko pravila ne morejo veljati v celoti. Tu pride do dileme, ali ukrepati in prekoračiti svoje kompetence, ali ostati znotraj njih (tudi za ceno življenja). Pravila seveda morajo biti jasna in napisana, treba se jih je držati, s čimer se lahko zaposleni v zdravstveni negi zavarujemo, vendar je popolnoma predvidljivih situacij in tako imenovanih 'standardnih' pacientov v zdravstveni negi zelo malo. Medicinske sestre se tako posredno ali neposredno srečujejo z negotovostjo, dilemo, nestabilnostjo, empatijo in etičnimi konflikti.

V raziskovalni nalogi smo si postavili sedem raziskovalnih, na podlagi rezultatov pa smo na njih podali tudi odgovore, kar je bil tudi cilj naše raziskave.

Zanimalo nas je, ali delavci v zdravstveni negi razumejo razliko med pojmom kompetenca in pristojnost. Rezultati so pokazali, da pojma velika večina zdravstvenih delavcev enači – kar 76 % (41), 12 % (6) se jih s to trditvijo ne strinja, 13 % (7) anketiranih pa se jih ne more odločiti. Lahko torej trdimo (s povprečno oceno $\bar{x} = 3,8$), da velika večina anketiranih pojma kompetenca in pristojnost enači, čeprav pri vprašanju o poznavanju svojih kompetenc in pristojnosti s povprečno oceno 4,1 ocenjujejo, da jih poznajo. Cilj raziskovalne naloge ni le preveriti, kako delavci v zdravstveni negi poznajo ali ne poznajo svojih kompetenc, ampak jih z nepoznavanjem tudi soočiti.

Za odgovor na naslednje raziskovalno vprašanje, ko smo se spraševali, kako dobro delavci v zdravstveni negi poznajo svoje kompetence, smo sestavili tabelo, v katero smo napisali vse uradno zapisane kompetence za delavce s srednješolsko in za delavce z visokošolsko izobrazbo v zdravstveni negi. Kompetence obeh izobrazbenih profilov smo izpisali iz dokumenta Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Anketirani so morali med njimi označiti tiste, ki veljajo za njihovo stopnjo formalne izobrazbe. Diplomirana medicinska sestra in diplomirani zdravstvenik sta kompetentna za vse aktivnosti navedene v spodnji Tabeli 1, zdravstveni delavci s srednješolsko izobrazbo pa le za zadnjih sedem (obarvane s sivo barvo).

Rezultati so pokazali, da se zdravstveni delavci z visokošolsko izobrazbo svojih kompetenc zavedajo bolj kot delavci s srednješolsko izobrazbo. Da bi pravilno izpolnili in odgovorili na zastavljeno vprašanje, bi anketiranci z visokošolsko izobrazbo morali označiti kot pravilne vse navedene odgovore, delavci s srednješolsko izobrazbo pa samo zadnjih sedem. Iz pridobljenih rezultatov je razvidno tudi to, da sicer svoje kompetence poznajo tudi anketiranci s srednješolsko izobrazbo, vendar meja v sekundarni zdravstveni dejavnosti ni natančno opredeljena in zato prihaja do prekoračitev. To se najbolj vidi pri kompetencah, ki govorijo o procesni metodi dela, sodelovanju pri diagnostično terapevtskih programih in spremljanju izidov ter učinkov intervencij zdravstvene nege. Največja prekoračitev kompetenc pri izvajalcih zdravstvene nege s srednješolsko izobrazbo pa je na področju ukrepanja v nepričakovanih situacijah in nudenju nujne medicinske pomoči v okviru pristojnosti. Pri kompetenci, ki opredeljuje izvajanje nege po procesni metodi in kompetenci, ki opredeljuje nujno medicinsko pomoč, je prekoračitev prisotna pri kar 81 % anketiranih izvajalcih zdravstvene nege s srednješolsko izobrazbo. S tem smo odgovorili tudi na naslednje raziskovalno vprašanje, ko smo se spraševali, ali delavci v zdravstveni negi, ki imajo srednješolsko izobrazbo, svoje kompetence prekoračijo pogosteje kot delavci z visokošolsko izobrazbo. Odgovor na to raziskovalno vprašanje je, da delavci v zdravstveni negi, ki imajo srednješolsko izobrazbo pri svojem delu kompetence prekoračijo pogosteje kot pa tisti, ki so zaključili visokošolski program izobraževanja.

Razlog, da v zdravstveni negi pride do napak, je največkrat ravno v tem, da so kompetence presežene ali pa se izkazujejo kot napake pri izvajanju. Tudi sama organizacija dela v zdravstveni ustanovi je lahko razlog za preseganje kompetenc, najbolj pa takrat, ko za osnovno delo ni zagotovljen normativ kadrovske pokritosti dela. Kadar pa do strokovne napake pride, ima organizacija različne ukrepe, od disciplinskih do pravnih, na ostalo pa se skoraj pozabi.

Tabela 1: Poznavanje kompetenc med profili s srednje in visokošolsko izobrazbo v zdravstveni negi

	<i>Kompetence v zdravstveni negi</i>	<i>tzn, zt, sms f (f%)</i>	<i>dms, dzn f (f%)</i>
1	Promocija zdravja, zdravstvena vzgoja in učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravja, za razumevanje zdravstvenih problemov in procesov za krepitev, doseganje in ohranjanje zdravja	13 (48 %)	25 (93 %)
2	Organiziranje, vodenje in nadziranje dejavnosti ter službe zdravstvene nege	1 (4 %)	22 (81 %)
3	Vodenje negovalnega tima	2 (7 %)	22 (81 %)
4	Izvajanje zdravstvene nege po procesni metodi dela	22 (81 %)	25 (93 %)
5	Sodelovanje v procesu zdravljenja v okviru zdravstvenega tima ter izvajanje diagnostično terapevtskih programov	18 (67 %)	25 (93 %)
6	Spremljanje izidov in učinkov intervencij zdravstvene nege in dokumentiranje	19 (70 %)	25 (93 %)
7	Interdisciplinarno in multisektorsko povezovanje za zagotavljanje kakovostne obravnave pacienta	5 (19 %)	21 (78 %)
8	Ukrepanje v nepričakovanih situacijah, nudenje nujne medicinske pomoči v okviru pristojnosti	22 (81 %)	24 (89 %)
9	Pedagoško delo za obnavljanje lastnega kadra	6 (22 %)	20 (74 %)
10	Raziskovalno delo v zdravstveni negi in zagotavljanje kakovosti	3 (11 %)	21 (78 %)
11	Zdravstvena nega posameznika v različnih stanjih zdravja in bolezni ter v različnih življenjskih obdobjih	20 (74 %)	21 (78 %)
12	Pomoč bolniku pri izvajanju dnevnih življenjskih dejavnosti	22 (81 %)	24 (89 %)
13	Priprava na diagnostične in terapevtske posege in postopke	21 (78 %)	25 (93 %)
14	Izvedba enostavnih diagnostično-terapevtskih posegov in postopkov	20 (74 %)	24 (89 %)
15	Sodelovanje pri izvajanju intenzivne terapije in intenzivne nege	13 (48 %)	25 (93 %)
16	Ukrepanje v nepričakovanih situacijah, nudenje nujne medicinske pomoči v okviru pristojnosti	19 (70 %)	24 (89 %)
17	Zdravstvena vzgoja pacienta v okviru tima	21 (78 %)	23 (85 %)
	Skupaj	27 (100 %)	27 (100 %)

Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

Pri četrtem raziskovalnem vprašanju smo se spraševali, kako pogosto imajo delavci v zdravstveni negi občutek, da se od njih pričakuje zavestna prekoračitev kompetenc. 55 % (30) jih meni, da njihov nadrejeni od njih pričakuje zavestno kršenje kompetenc, 25 % (13) pa, da ne. Petina (11; 20 %) jih nima mnenja in se ne more odločiti – verjetno je razlog v nejasnem razumevanju svojih kompetenc. Dogaja se, da z leti službe med svoje kompetence uvrstiš tudi tiste, ki spadajo med kompetence delavcev z višjo stopnjo izobrazbe od tvoje. Kot odgovor na raziskovalno vprašanje bi lahko trdili, da

imajo s povprečno vrednostjo odgovorov ($\bar{x} = 3,5$) delavci občutek, da njihovi nadrejeni pogosto pričakuje zavestno kršenje kompetenc.

V Sloveniji je aktualna tema prenos določenih kompetenc iz zdravnika na medicinsko sestro. Obstoječa zdravstvena zakonodaja prenosa kompetenc ne pojasnjuje in ne opredeljuje. Zato je zelo pomembno, da se medicinske sestre zavedajo, da so za delo, ki ga opravljajo, in za kompetence, ki jih imajo, strokovno, etično in kazensko odgovorne (Fošnarič, 2010, str. 33).

Za odgovor na naslednje raziskovalno vprašanje, ko smo se spraševali, kakšno je razmerje v prekoračitvah kompetenc med negovalnimi oddelki in specialističnimi enotami, smo anketirance razdelili v dve skupini. Pri tej razvrstitvi ni bil pomemben izobrazbeni profil, ampak delovno mesto. V eno skupino smo uvrstili vse, ki so zaposleni na negovalnih oddelkih, torej tudi tiste, ki so v rubriko drugo vpisali delovno mesto v domu starejših občanov in splošni ambulantni zdravstvenega doma. V drugi skupini pa so vsi, ki so zaposleni v kateri koli specialistični enoti, kamor spadajo urgencia, dializa, enote intenzivnih neg in terapij in podobno. Pri obdelavi smo ugotovili, da delavci v skupini ena prekoračijo svoje kompetence v manjšem odstotku kot tisti iz druge. Delavci iz prve skupine so prekoračitev ocenili s povprečno oceno 3,0, delavci iz druge pa s povprečno oceno 3,5. Kot odgovor na peto raziskovalno vprašanje lahko torej zapišemo, da v specialističnih enotah svoje kompetence prekoračijo pogosteje kot na negovalnih oddelkih.

Nepoznavanje pravil je lahko podlaga za več vrst odgovornosti. Obenem pa je medicinska sestra pri svojem delu, kot pravi Savnik (2009, str. 13), tudi v podrejeni vlogi zdravniku, ki ji naloge delegira. Ravno zato je potrebna jasna razmejenost med delom zdravnika in medicinske sestre in usposobljenost medicinske sestre, da te naloge izvrši. Če bi torej medicinska sestra do potankosti poznala svoje kompetence in se zavedala odgovornosti, ki jih nosi neupoštevanje le-teh, bi lahko ob delegiranju za izvedbo nekega posega v praksi, za katerega nima ustreznih kompetenc, to povedala, argumentirala in nalogo brez slabe vesti zavrnila.

V naslednjem, šestem, raziskovalnem vprašanju, pa smo se spraševali o tem, kako bi na paciente vplivalo dosledno upoštevanje kompetenc medicinskih sester. S trditvijo, da bi bilo slabo za bolnike, če zdravstveni delavci v negi ne bi v nekaterih primerih zavestno kršili svojih kompetenc, se v popolnosti strinja 76 % (41) anketirancev, le 13 % (7) pa jih je nasprotnega mnenja. Rezultati so torej pokazali, da zaposleni v zdravstveni negi s povprečno oceno 3,9 ocenjujejo, da bi bilo za paciente slabo, če v nekaterih primerih ne bi prišlo do prekoračitve kompetenc.

V zadnjem raziskovalnem vprašanju smo anketirance spraševali o vplivu vodje na razumevanje in upoštevanje kompetenc. S podrobnejšo analizo odgovorov ugotavljamo, da jih 46 % (25) meni, da za to ni odgovoren vodja, 40 % (22) pa je takih, ki se s trditvijo strinjajo. Na zadnje raziskovalno vprašanje lahko torej odgovorimo, da glede na pridobljene in analizirane rezultate ne moremo z gotovostjo trditi, da je za poznavanje in upoštevanje kompetenc podrejenih odgovoren vodja. Dejstvo je, da mora svoje kompetence poznati vsak sam in jih v vsakem trenutku tudi spoštovati.

5 Sklep

Živimo v času, ko je običajno in nujno, da se v znanstvenem in praktičnem pristopu kateremu koli problemu ali inovaciji pristopi multidisciplinarno. V tem smislu obstaja cela vrsta področij, v katerih se pravna znanost in praksa prepletata in dopolnjujeta, pri tem pa vprašanje, katera veja, medicinska ali pravna, prevladuje, ni pomembno.

Žal je raziskava pokazala, da medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo ne poznajo svojih kompetenc ravno najbolje, nismo pa prepričani, da so za to krive same. Vse to izvira najbrž že iz zgodovine, ko je bila medicinska sestra le desna roka zdravnika. V zadnjih letih se vse pogosteje tudi dogaja, da so bile nekatere medicinske sestre zato tudi kazensko ovadene.

Zavedati se moramo, da je za varno opravljanje zdravstvene nege nujno poznati tudi kompetence. Izvajalce zdravstvene nege bodo obvarovale tožbe v primeru poslabšanja stanja pacienta; četudi delavec naredi vse prav, pri tem pa krši svoje kompetence, ga ne bo ščitil nihče od nadrejenih. Tudi naša raziskava je pokazala, da delavci v zdravstveni negi, če bi ob kršitvi kompetence (česar zaradi pričakovanja nadrejenih) prišlo do zdravstvene napake, ne pričakujejo podpore od nadrejenih.

Na področju poznavanja kompetenc bo torej treba narediti še veliko. To potrjuje tudi podrobnejši pregled izpolnjenih anket, saj je le 10 (37 %) diplomiranih medicinski sester na vprašanje o poznavanju svojih kompetenc odgovorilo povsem pravilno, medtem ko tega ni naredil noben tehnik zdravstvene nege/zdravstveni tehnik ali medicinska sestra s srednješolsko izobrazbo. Lahko torej zaključimo, da svoje kompetence pozna manj kot petina (10; 18,5 %) vseh anketiranih (54; 100 %), če pa bi upoštevali še vse, ki so se med reševanjem ankete ustavili ravno pri tem vprašanju, bi bil rezultat še bistveno slabši.

Predlagamo, da se učenje kompetenc uvrsti tudi v program srednjih in visokošolskih institucij preden začnejo s praktičnimi usposabljanji v delovnih okoljih. Smiselno pa bi bilo izvesti raziskavo o poznavanju kompetenc tudi med zaključnimi letniki srednješolskega in dodiplomskega izobraževanja.

LITERATURA

1. Fošnarič, L. (2011). Preprečevanje napak v zdravstveni negi. V D. Plank, A. Presker Planko (ur.), *Izboljševanje varnosti in kakovosti v zdravstveni obravnavi pacientov* (str. 28–36). Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju .
2. Ovijač, D. in Starc, A. (2010). Kompetence v študijskem programu prve stopnje zdravstvene nege. V A. Bobnar (ur.), *Dan Stane Kavalič: Kompetence medicinskih sester v povezavi s profesionalizacijo: zbornik predavanj* (str. 90–97). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
3. Savnik, L. (2009). Odgovornost in ravnanje zaposlenih v zdravstveni in babiški negi ob nesrečnem dogodku. *Utrip*, 17 (7–8), 13.
4. Slovar slovenskega knjižnega jezika. Pridobljeno 13. 2. 2016, s http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj_testa&expression=kompetenca&hs=1.
5. Slovar slovenskega knjižnega jezika. Pridobljeno 13. 2. 2016, s http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj_testa&expression=pristojnost&hs=1.

6. Svetlik, I. in Kohont, A. (2009). Analiza dela in določanje potrebnih zmožnosti delavcev. V I. Svetlik in N. Zupan (ur.), *Management človeških virov* (str. 191–232). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
7. Trobec, I., Čuk, V. in Istenič Starčič, A. (2014). Kompetence zdravstvene nege ter opredelitev strategij razvoja kompetenc na dodiplomskem študiju zdravstvene nege. *Competence in nursing practice and strategies for the development of competences in the undergraduate nursing curriculum*. *Obzornik zdravstvene nege*, 48 (4), 310–322.
8. Zabukovšek, D. (2010). Vloga in kompetence reševalcev v prehospitalem okolju (Diplomska naloga). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
9. Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo). (2005). Uradni list RS, št. 23 (10.3.2005). Pridobljeno 15. 2. 2016, s <https://www.uradni-list.si/1/content?id=54447>.
10. Zver Knific, D. (2007). Uvajanje modela kompetenc (Diplomska naloga). Fakulteta za organizacijske vede Maribor: Univerza v Mariboru.
11. Železnik, D. (2010). Pomen poklicnih aktivnosti in kompetenc v zdravstveni in babiški negi. V A. Bobnar (ur.), Dan Stane Kavalič: *Kompetence medicinskih sester v povezavi s profesionalizacijo: zbornik predavanj* (str. 13–22). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
12. Železnik, D., Brložnik, M., Hajdarevič-Buček, I., Dolinšek, M., Filej, B. in Istenič, B. (2008). Poklicne kompetence in aktivnosti v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Preprečevanje razjed zaradi pritiska pri dolgotrajno hospitaliziranih pacientih

UDK 616-002.4-084

KLJUČNE BESEDE: razjede, zdravstvena nega, razbremenilne blazine, hidriranje, obračanje

POVZETEK - Razjede zaradi pritiska (RZP) ali preležanine so pri dolgotrajno hospitaliziranih pacientih eden pogostejših zdravstvenih zapletov, ki povečujejo zdravstvene težave in smrtnost pacientov. Posledica RZP je slabša kakovost življenja pacienta ter njegova podaljšana hospitalizacija, s tem pa večji stroški zdravljenja. Preprečevanje nastanka RZP je bolj humano in cenejše od zdravljenja. Namen naše raziskave je bil ugotoviti vpliv negovalnih postopkov (uporaba razbremenilnih blazin, hidriranje, obračanje) na stanje obstoječih RZP in pojavnost novih RZP pri 15 dolgotrajno hospitaliziranih pacientih v splošni bolnišnici na treh oddelkih (nevrolški, pljučni, infektivski). Raziskava je potekala 20 dni v letu 2015. Pet pacientov s III ali IV stopnjo RZP je v času raziskave dobilo razbremenilne blazine. Študenti zdravstvene nege so pri vseh pacientih, vključenih v raziskavo, izvajali nepretrgano 24-urno zdravstveno nego v treh izmenah. Potrdili smo, da z izvajanjem ustrezne nepretrgane zdravstvene nege pacienta in uporabo razbremenilnih blazin lahko preprečimo nastanek novih RZP in v relativno kratkem času izboljšamo stanje obstoječih.

UDK 616-002.4-084

KEY WORDS: pressure ulcers, nursing care, anti decubitus mattress, hydration, turning

ABSTRACT - Pressure ulcers or bedsores are one of the more frequent medical complications in the long-term hospitalised patients, which increase morbidity and mortality. Bedsores lead to deteriorating the patient's quality of life and to extended hospitalisation, consequently increasing the treatment costs. Prevention of bedsores is more humane and less costly than the treatment. The purpose of our study was to determine the impact of nursing procedures (use of anti decubitus mattress, hydration, turning the patient) on the state of the existing bedsores and the incidence of new bedsores in 15 long-term inpatients in a general hospital at three departments (neurological, pulmonary, infectious). The study was conducted in 2015 during a period of 20 days. Five patients with bedsores stage III or IV received anti decubitus mattress in the research period. Nursing care students carried out continuous 24-hour care of all patients included in the study. We confirmed that the implementation of the appropriate continuous nursing care of the patient and the use of anti decubitus mattress can prevent the formation of new bedsores and efficiently improve the condition of existing bedsores.

1 Uvod

Razjede zaradi pritiska nastanejo ob dolgotrajnem stisku kože in podkožja med podlago in trdimi globokimi tkivi (kostmi). Zaradi tega je moten odtok krvi skozi podkožne vene, v njih posledično naraste krvni tlak, pride do edemov v koži, hiperemične hipoksije in naposled do odmrtja dela tkiva (Mertelj in Kramar, 2013). Pogosto je vzrok nastanka razjed zaradi pritiska kombinacija različnih dejavnikov: starost, zmanjšana mobilnost oz. nepomičnost, slabo splošno stanje organizma, inkontinenca, akutne bolezni, kardiovaskularne bolezni, terminalna faza bolezni in predhodne razjede zaradi pritiska.

K temu pa pripomorejo tudi zunanji dejavniki: delovanje pritiska, strižne sile, trenje, temperaturne spremembe in vlaga, dolgotrajno ležanje ali sedenje, nepravilna uporaba

pripomočkov za transfer bolnika ter uporaba nepravilnih tehnik. Razjeda zaradi pritiska nastane po dlje časa trajajočem pritisku, ki se meri v mmHg (milimetri živega srebra) (Kališnik idr., 2014) in se običajno pojavi pri večjem od 32mmHg (Hedrick idr., 1993).

Z ocenjevanjem ogroženosti pacientov za nastanek RZP zagotavljamo kakovostno zdravstveno nego, saj na ta način določimo paciente z večjim tveganjem za nastanek RZP. Ocenjevanje ogroženosti je pomemben preventivni ukrep v preprečevanju RZP. Individualni pristop in pridobitev pacienta za sodelovanje pa sta ključ za uspeh v vsakem timu.

Paciente ocenjujemo, da bi spoznali stopnjo njihove ogroženosti. Ocenjevanje tveganja je dinamičen proces, saj se bolnikovo stanje spreminja. Vsakič, ko se zgodi kakršna koli sprememba, je treba oceno ponoviti. Frekvenca ocenjevanja se spreminja glede na potrebe. Ocena tveganja zajema: oceno stanja kože, oceno pacientovega splošnega stanja, anamnezo psihofizičnega stanja pacienta, izračun tveganja. Obstajajo številne lestvice, po katerih lahko ocenimo stopnjo ogroženosti pacienta. Prilagojene so za različne skupine pacientov.

Takoj ko ocenimo, da je pacient ogrožen za nastanek razjede zaradi pritiska, sestavimo individualni negovalni načrt zdravstvene nege, da bi jo preprečili (Mertelj in Kramar, 2010). Če želimo na dokazih podprto preprečevanje RZP, bodo izvajalci zdravstvene nege morali uporabiti podatke o tveganju in zgodnjih spremembah na koži (I stopnjo RZP) kot podlago za izvajanje preprečevanja poškodb kože (Gunningberg idr., 2011). Zgodnji pregled in redno ocenjevanje stanja kože, kakovost dokumentiranja, sistemi za opozarjanje, hiter dostop do ustrezne opreme, zadostno število izvajalcev zdravstvene nege in usposabljanje zdravstvenega tima ter izobraževanje pacientov lahko zmanjšajo pojavnost RZP (Asimus idr., 2011).

Leskovic (2007) navaja, da so nekateri pacienti zaradi svojega bolezenskega stanja še dodatno podvrženi nastankom razjede zaradi pritiska, mednje sodijo nezavestni, pacienti s parezami in paralizami, podhranjeni in izsušeni pacienti v terminalnem stadiju kronične bolezni, pacienti z obolenji perifernega ožilja, pacienti z zmanjšano in slabšo odpornostjo ter slabšimi regeneracijskimi sposobnostmi tkiva ter pacienti s prekomerno telesno težo, ki zmanjšuje mobilnost, in katere je ob bolezni težko obračati.

Ravno tako so tudi pacienti z nižjo telesno težo izpostavljeni razjedam zaradi pritiska, kjer so bolj izpostavljene kostne štrline, ki izvajajo pritisk na podkožna tkiva. Lokalizacija nastanka RZP je odvisna od položaja pacienta in je pogojena z izpostavljenimi deli telesa glede na lego bolnika. RZP se lahko pojavijo na različnih delih telesa: lopatice, prsna vretenca, komolec, trtica, čelo, zatilje, stegno koleno, kolk ...

RZP delimo v več stopenj, in sicer v štiri. Prva stopnja je ocenjena takrat, ko je stalno prisotna rdečina. Druga stopnja je prisotnost mehurja. Tretjo stopnjo ocenimo kadar je vidna rana s poškodbo vseh teh plasti kože in četrto stopnjo določimo, ko je ko je prisotna globoka rana, in se širi do mišic, kosti in sklepov. Pri četrti stopnji RZP je prisotna nekroza.

1.1 Preprečevanje razjede zaradi pritiska

Preprečevanje razjede zaradi pritiska je ključni del načrtovanja in izvajanja kakovostne zdravstvene nege. Ob predhodni izmerjeni oceni tveganja za razvoj RZP, dobro izdelanem negovalnem načrtu za preprečevanja RZP in zadostno usposobljenih izvajalcih zdravstvene nege, lahko zmanjšamo nastanek le teh. V individualnem načrtu zdravstvene nege mora biti zagotovljen sistematičen pristop. Zagotavljati mora izvajanje procesne metode dela z izborom ustreznih aktivnostih zdravstvene nege in uporabo ustreznih razbremenilnih pripomočkov. Po opravljeni oceni ogroženosti v prvih urah ob sprejemu sledijo ponovitve ocenjevanja po 24 urah, nato 48-72 urah in ob spremembi zdravstvenega stanja pacienta.

Na podlagi ocene RZP določimo način oskrbe in zdravljenja, kjer vključimo v sodelovanje strokovnjake z dodatnimi znanji na področju zdravljenja RZP. Vse ocene stanja kože je potrebno pravilno dokumentirati. Beležiti je potrebno vse podrobnosti stanja kože ter morebitno bolečino. Vzdrževanje stanja nepoškodovane kože po EPUAP IN NPUAP (Jelen, 2014), mora vključevati: celovito oceno kože in načrt vzdrževanja stanja zdrave kože, oceno prehranjenosti ter oceno prehranjevanja, obračanje ter zmanjševanje pritiska, strižnih sil, trenja in uporabo razbremenilnih ležišč.

1.2 Ocena ogroženosti bolnika

Pogosto se za oceno ogroženosti pacientov za RZP uporablja Waterlow lestvica, ki smo jo uporabili tudi v naši raziskavi. Waterlow shema (Slika 1) vsebuje deset parametrov, ki so ovrednoteni s točkami in se seštevajo: konstitucija, tip kože, spol in starost, kontinenca, gibljivost, prehranjevanje, nevrološke okvare, zdravila, operacije in poškodbe, dodatna. Seštevek točk določi stopnjo tveganja za nastanek RZP. Ocena z 10 točkami že pomeni, da je pacient rizičen. Seštevek 20 točk in več opisuje zelo visoko stopnjo ogroženosti in že zahteva takojšnje ukrepe in aktivnosti zdravstvene nege (Leskovic, 2007).

Na podlagi ocene razjede zaradi pritiska določimo vrsto lokalne oskrbe in sledimo napredku pri zdravljenju razjede. Celjenje razjede je dinamičen proces, zato na podlagi ocene prilagajamo lokalno oskrbo.

Namen prispevka je ugotoviti vpliv negovalnih postopkov in intervencij (uporaba razbremenilnih blazin, hidriranje, obračanje) na stanje obstoječih RZP in pojavnost novih RZP pri 15 dolgotrajno hospitaliziranih pacientih.

Slika 1: Shema Waterlow

Inicialke pacienta-tke: _____

Datum ocene: _____

Konstitucija teža / višina		Tip kože vidna rizična mesta		Spol in starost		Dodatna ogroženost	
normalen	0	zdrava	0	moški	1	Tkivo, slaba prehranjenost	
nagnjen k suhosti ali k debelosti	1	tanka	1	ženska	2	terminalna kaheksija	8
debel	2	suha	1	14–49	1	odpoved srca	5
suh	3	edematozna	1	50–64	2	obolenje perifernega žilja	2
		vlažna, lepljiva, zvišana temperatura	1	65–74	3	slabokrvnost	2
		bleda	2	75–80	4	kajenje	1
		poškodovana	3	81	5		
kontinenca		gibljivost		prehranjevanje		nevrološke okvare	
zadržuje urin in blato, stalni kateter	0	popolna	0	normalno	0	diabetes	4
urinska inkontinenca	1	nemiren	1	slabo	1	možganska kap	4
inkontinenca blata	2	apatičen	2	tekoča hrana	2	motnje gibanja, občutenja	6
inkontinenca urina in blata	3	omejena	3	bruhanje, anoreksija	3	paraplegija	6
		nepokreten	4			operacije, poškodbe	
		na vozičku	5			spalna anestezija	5
						na operacijski mizi nad 2 uri	5
Vrednotenje:						zdravila	
						steroidi, citostatiki	4
10+ ogrožen		15+ bolj ogrožen		20+ najbolj ogrožen		Končna ocena, št točk:	

Vir: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/rzp_preventiva_21_11_2013.pdf.

2 Metode

V raziskavi je sodelovalo 15 pacientov, za katere je skrbelo devet študentov študijske smeri zdravstvena nega FZVNM, ki so kontinuirano spremljali stanje kože pacientov in izvajali zdravstveno nego po 14 življenjskih aktivnosti. Raziskava je potekala v Splošni bolnišnici Novo mesto, vključeni so bili pacienti z nevrološkega, infekcijskega in pljučnega oddelka. Raziskava je potekala v letu 2015 in je trajala 20 dni. 9 pacientov je imelo RZP I – IV stopnje, pri 6 pacientih pa RZP še niso bile prisotne in so bili vključeni v raziskavo zaradi klinične indikacije, ki bi lahko pripeljala do povečanega tveganja za nastanek RZP.

Zbiranje podatkov smo izvedli s pomočjo Dokumentacije kliničnega usposabljanja za visokošolski strokovni študijski program I stopnje, ki vsebuje vse elemente, ki jih potrebujemo za izdelavo celotne ocene pacienta in njegovih potreb po obsegu in vrsti zdravstvenih aktivnosti. S shemo Waterlow smo izvedli oceno tveganja na začetku in ob zaključku obravnave pacienta.

Študenti so v času obravnave bolnikov z RZP izvajali naslednje temeljne aktivnosti zdravstvene nege: postiljanje in prestiljanje postelje, umivanje telesa, obračanje na 2 uri, hidracija, menjava inkontinenčnih pripomočkov in izvajanje anogenitalne nege ter aplikacija terapije po naročilu zdravnika.

Ob začetku in zaključku obravnave so ocenili stopnjo RZP s pomočjo sheme Waterlow.

Pri 5 nepomičnih pacientih na nevrološkem oddelku so bile uporabljene razbremenilne blazine v celotnem obdobju obravnave.

3 Rezultati

Z analizo podatkov smo pridobili rezultate o vzrokih pojava RZP, in ugotovili, katere intervencije zdravstvene nege najpogosteje potrebujejo. Podatki o vključenih pacientih in rezultati obravnave RZP so prikazani v tabeli 1.

V raziskavi je sodelovalo 9 žensk in 6 moških, s povprečno starostjo 70 ± 6 let z različnimi diagnozami bolezni. Vključeni pacienti so imeli naslednje diagnoze: demenca (4), obolenja srca in ožilja (4), pljučni bolniki (3), pacienti po možganski kapi (2), z multipla skleroza (1) in karcinom grla (1). V raziskavi je bilo vključenih 7 (46,6 %) nepomičnih pacientov, 5 (33,3 %) delno pomičnih in 3 (21 %) pacienti, ki so bili samostojni pri aktivnosti gibanja. Ob prvi oceni tveganja za nastanek RZP je bilo v raziskavo vključenih sedem pacientov z najvišjo stopnjo ogroženosti, ki so imeli v poprečju 24,2 točk po lestvici Waterloo. Dva pacienta sta sodila v skupino bolj ogroženih. Šest pacientov ni imelo RZP, vendar so bili pri njih prisotni nekateri dejavniki tveganja za razvoj RZP.

Tabela 1: Pregled pacientov, vključenih v raziskavo

Pacient	Starost	Spol	Diagnoza	Pomičnost	Obdobje nepokretnosti	Lokacija RZP	Stopnja RZP	Ocena tveganja ob začetku obravnave	Ocena tveganja ob koncu obravnave	Zmanjšanje ocene tveganja	Uporaba blazin
1	75	m	demenca	nepomičen	6 mes	trtica	IV	25	25*	0	da
2	69	m	srce in ožilje	pomičen	0	-	0	6	6	0	ne
3	72	ž	pljučni	delno pomičen	3 mes	-	0	6	6	0	ne
4	69	m	možganska kap	nepomičen	7 mes	gluteus	III	25	25	0	da
5	70	ž	pljučni	pomičen	0	-	0	6	6	0	ne
6	76	m	demenca	nepomičen	1 leto	kol, trtica	III	25	25	0	ne
7	76	ž	demenca	nepomičen	8 mes	gluteus	III	25	25	0	da
8	69	m	srce in ožilje	delno pomičen	4 mes	-	0	9	9	0	ne
9	71	m	pljučni	delno pomičen	6 mes	-	0	7	7	0	ne
10	63	ž	multipla skleroza	nepomičen	5 let	peta	I	18	16	2	da
11	70	ž	srce in ožilje	delno pomičen	6 mes	koleno	III	16	14	2	ne
12	68	ž	demenca	delno pomičen	1 leto	gluteus	III	22	20	2	ne
13	69	ž	možganska kap	nepomičen	6 mes	trtica	IV	23	21*	2	da
14	61	ž	karcinom grla	pomičen	0	-	0	9	9	0	ne
15	74	ž	srce in ožilje	nepomičen	10 mes	gluteus	III	25	25	0	ne

* Pacient je preminil. Zapisana je zadnja zabeležena ocena ogroženosti.

Tabela 2: Deleži RZP glede na lokacijo in stopnjo razjed zaradi pritiska

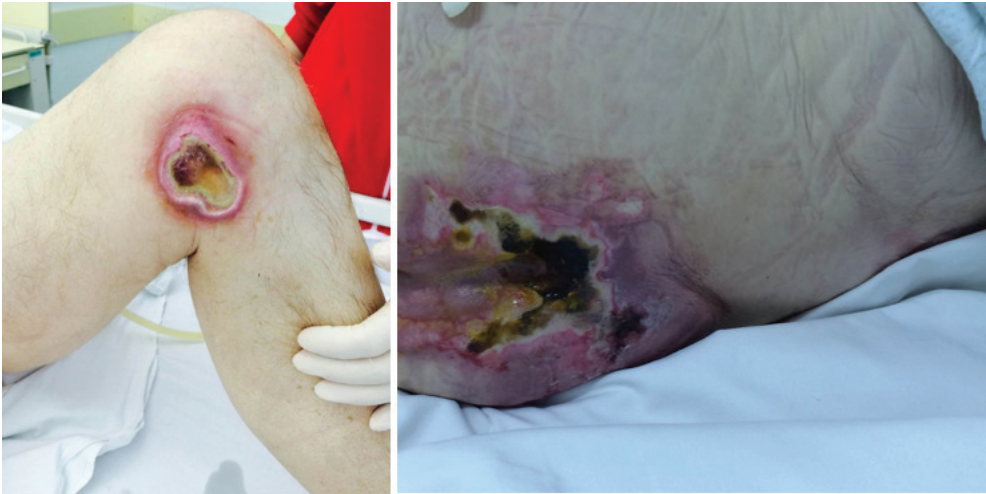
Lokacija RZP	Stopnja RZP	0	f%	I	f%	II	f%	III	f%	IV	f%
Brez RZP		6	40								
peta				1	6,6						
koleno								1	6,6		
glutealna mišica								4	26,6		
trtica								1	6,6	2	13,3
Skupaj		6	40	1	6,6			7	40	2	13,3

Vir: Lasten, 2015.

Iz tabele 2 lahko vidimo, da je imelo največ v raziskavo vključenih pacientov RZP III stopnje. Najpogostejša lokalizacija razjede je bila v predelu trtice in glutesa. Dva pacienta sta imela razjedo četrte stopnje na trtici. Šest pacientov je bilo brez RZP.

Dva pacienta s IV stopnjo RZP sta v času raziskave preminila. Ostalih 13 pacientov smo oskrbovali do zaključka raziskave. Pri pacientu s I stopnjo RZP lokalizirano na peti, se je obseg razjede zmanjšal. Pri pacientih, ki so se lahko samostojno gibali, ni bilo nobenih sprememb na koži. Vsem pacientom s III stopnjo RZP se je stanje izboljšalo. Ob intenzivnejši negi so postale rane bolj čiste, z manj sekrecije, in ravnimi robovi.

Slika 2: Primera RZP: levo RZP III stopnje (pacient 11: RZP mediano na kolenu), desno RZP IV stopnje (pacient 13: RZP na trtici)



Vir: Lasten, 2015.

4 Razprava

Doktrina zdravljenja kroničnih ran se je radikalno spremenila z napredovanjem medicine in razvojem celostne obravnave pacienta. Temeljna znanja o kronični rani zadnjih dvajset let so povsem spremenile perspektivo oskrbe ran in razjed. Dejstvo je, da se je v današnjem času pojem oskrbe rane razvil v posebno strokovno in znanstveno področje (Ayello, 2004). Bishop (2003) zagovarja stališče, da je rana sestavni del pacienta in se jo obravnava celostno. Pred samo oskrbo ran je potrebno oceniti splošni zdravstveni status pacienta. Kardiorespiratorne funkcije so v kontekstu zdravljenja RZP zelo pomembne zaradi kvalitete perfuzije tkiva. Ne samo zaradi boljše oskrbe s kisikom in hranljivimi snovmi temveč tudi zaradi imunološke funkcije, ki pomembno vpliva na celjenje rane (Bishop, 2003).

Lokalizacija rane ravno tako narekuje obravnavo rane. Področja, ki so izpostavljena urinu in blatu, potrebujejo intenzivno zdravstveno nego in zaščito. Stanje rane nas informira o stadiju patofiziološkega mehanizma kateri je bil povzročitelj defekta.

Oskrba kronične rane je obravnavana multidisciplinarno; zdravnik indicira zdravljenje, oskrbo rane prevzame medicinska sestra in pogosto je v obravnavo vpetih več medicinskih sester tako, da brez kontinuiranega spremljanja rane ne moremo objektivno podati ocene o napredku zdravljenja. Meritve velikosti rane nam omogočajo nadzorovanje procesa celjenja ran. Obstaja več načinov s katerimi lahko objektiviziramo velikost rane, npr. merilniki v obliki folije, samolepilni merilniki, papirni merilniki ali elektronski aparati ki velikost rane tudi avtomatsko beležijo (Chen, 2003).

Bolečino v oskrbi kroničnih ran je zelo težko objektivno oceniti. Najpogosteje jo ocenjujemo s samoocenjevalnimi lestvicami s točkami od 1-10. Subjektivno oceno bolečine poda pacient sam. Bolečino je težko definirati zaradi kompleksne patofiziologije osnovne bolezni (Bishop, 2003). Simptomi okužb kot so rdečina, oteklina, bolečina in temperatura so osnovni pokazatelji vnetja in jih moramo stalno kontrolirati. Značilnost za okužene kronične rane je izostanek klasičnih simptomov vnetja. Pogosto pa je prisotna povečana eksudacija, ki onemogoča hitro celjenje ran (Bowler idr., 1999).

Namen raziskave je bil ugotoviti, ali bi lahko z doslednim upoštevanjem strokovnih standardov izvajanja zdravstvene nege in z uporabo razbremenilnih blazin za preprečevanje poškodb tkiva dosegli zmanjšano pojavnost preležanin oziroma izboljšanje stanja že obstoječih preležanin. Obenem pa smo želeli tudi ugotoviti ali se pojavnost RZP v bolnišnici in uspešnost zdravljenja odvisna od zadostnega števila zaposlenih. V raziskavi smo zajeli izjemno težke paciente, ki so imeli že zaradi same diagnoze višjo oceno tveganja za nastanek dekubitusa.

Razjede zaradi pritiska pri nepokretnem ali slabo pokretnem pacientu, nastanejo zaradi kombinacije vzrokov, ki so: slabo zdravstveno stanje, slab prehraben status, starejši od 65 let, daljši čas nepomičnosti in drugih dejavnikov tveganja. RZP so največkrat lokalizirane na predelu trtice, glutealne mišice in pet. Kombinacije vsega tega poleg še prisotne inkontinenca je pomemben dejavnik tveganja za nastanek RZP, hkrati pa tudi vpliva na čas celjenja rane. V raziskavi smo ugotovili, da je poleg sistematičnega izvajanja intervencij zdravstvene nege, na izboljševanje stanja oz. na celjenje RZP pomembno vplivala uporaba razbremenilnih blazin. Ugotovili smo, da smo pri 2 od 5 nepomičnih pacientih, ki so imeli blazino, v času raziskave dosegli zmanjšanje ocene tveganja za RZP. Blazine so ugodno vplivale na epitelizacijo ran, vendar bi za objektivno vrednotenje tega morali bolnike obravnavati in spremljati daljše obdobje. Pri več pacientih je bila z intenzivno zdravstveno nega doseženo izboljšanje stanja RZP, epitelizacija rane je razvidna na sliki 1 (primer RZP na kolenu). Omejitev raziskave je majhno število vključenih pacientov in kratko obdobje spremljanja pacientov. Smotno bi bilo raziskavo ponoviti na večjem vzorcu pacientov in spremljanju RZP v daljšem časovnem obdobju.

RZP so en glavnih kazalnikov kakovosti zdravstvene nege. Različni dokumenti kažejo na usklajeno stališče akademskih krogov, regulativnih organov in glavnih interesnih skupin v zdravstvu, da je razvoj kompetenc, povezanih s kakovostjo in varnostjo zdravstvene nege pacientov, nekaj, kar je bistvenega pomena v kliničnem izobraževalnem procesu (Walsh idr., 2010).

LITERATURA

1. Asimus, M., Li, P. and Kendall, H., 2011. Pressure ulcer prevention interventions for community nursing patients. *Wound Practice & Research*, 19 (3), 145–149.
2. Ayello, E. (2004). Conquer chronic wounds with wound bed preparation. *Ra*, 29 (3), 8–25.
3. Bishop, S. M., Walker, M., Rogers, A. A. and Chen, W. Y. J. Importance of moisture balance at the wound-dressing interface. *J Wound Care*, 4, 125–128.

4. Bowler, P. G., Jones, S. A., Davies, B. J. and Coyle, E. (1999). Infection control properties of some wound dressings. *J wound care*, 10 (6), 499–502.
5. Chen, W. Y. J., Rogers, A. A., Walker, M., Bowler, P. G. and Bishop, S. M. (2003). A rethink of the complexity of chronic wounds-implication for treatment. *Euroocean tissue repair society. Bulletin*, 10.2.
6. Gunningberg, L., Stotts, N. A. and Idvall, E. (2011). Hospitalacquired pressure ulcers in two Swedish County Councils: cross-sectional data as the foundation for future quality improvement. *International Wound Journal*, 8 (5), 465–473.
7. Hedrick-Thompson, J. (1993). Pressure-Reduction Products: Making Appropriate Choices. *J ET Nurs*, 20 (6), 239–244.
8. Kališnik, M., Sket, D., Klun, B., Legan, M., Radšel-Medvešček, A. in Sever-Jurca, D. (2014). Slovenski medicinski e-slovar, 2012–2014 Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta. Pridobljeno 14. 3. 2014, s <http://lsm1.amebis.si/lsmeds/novPogoj.aspx?pPogoj=mmHg>.
9. Leskovic, L. (2007). Preležanine-preprečimo jih. *Socialni izziv*, 13 (25), 11–19.
10. Mertelj, O. in Kramar, Z. (2010). Razjeda zaradi pritiska ali poškodba kože zaradi vlažnosti. V T. Štemberger Kolnik, V. Vilar, S. Majcen Dvoršak (ur.), *Komplikacije kroničnih in akutnih ran* (str. 137–146). Ptuj: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, Društvo za oskrbo ran Slovenije.
11. Mertelj, O. in Kramar, Z. (2013). Preprečevanje razjede zaradi pritiska. V S. Pivač, S. Kalender Smajlović, A. Černoga, K. Skinder Savić, S. Hvalič Touzery in B. Skela Savič (eds.), *Izbrane intervencije zdravstvene nege-teoretične in praktične osnove za visokošolski študij zdravstvene osnove* (str. 66–79). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
12. Vilar, V. idr. (2013). Preprečevanje razjede zaradi pritiska – RZP. Pridobljeno 15. 10. 2016, s https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/rzp_preventiva_21_11_2013.pdf.
13. Walsh, T., Jairath, N., Paterson, M. A. in Grandjean, C. (2010). Quality and safety education for nurses clinical evaluation tool. *Journal of Nursing Education*, 49 (9), 517–522.

Korištenje rukavica u kliničkoj praksi

UDK 615.479.4+614.4

KLJUČNE RIJEČI: rukavice, zdravstveni djelatnici, bolničke infekcije

POVZETEK - Cilj istraživanja je bio ispitati korištenje rukavica među zdravstvenim djelatnicima i prepoznati propuste u praksi. Provedeno je prospektivno istraživanje među zdravstvenim djelatnicima Opće županijske bolnice Požega u periodu od 1. 3. 2016. do 30. 4. 2016. Opservirana je upotreba rukavica u kliničkom okruženju. Evidentirano je 278 postupaka korištenja rukavica. Promatranje je provedeno tijekom zdravstvene skrbi na kirurškim odjelima i provodila ga je medicinska sestra za kontrolu bolničkih infekcija. Od ukupno evidentiranih postupaka korištenja rukavica 278 postupaka u 143 (51 %) postupaka evidentirana je neprimjerena upotreba rukavica. Najveći udio neprimjerenog korištenja rukavica evidentiran je pri transportu bolesnika 56 postupaka (39 %), zatim slijedi korištenje rukavica za provođenje čistih postupaka 46 (32 %), doticanje okoline kontaminiranim rukavicama evidentiran je u 24 postupka (17 %), potom kontakt s intaktnom kožom 14 postupka (10 %), te je u 3 postupka (2 %) zamijećena dezinfekcija rukavica. Prilikom pružanja zdravstvene skrbi značajan je udio neprimjerenog i prekomjernog korištenja rukavica kod zdravstvenih djelatnika. Postupci neprimjerenog korištenja rukavica mogu se pripisati lošim uzorima u kliničkom okruženju koji utječu na formiranje znanja i vještina. Potrebno je potaknuti promjene u percepciji prevencije infekcija kod zdravstvenih djelatnika kako bi se zdravstvena skrb temeljila na dokazima i smjernicama koje će biti integrirane u profesionalni razvoj i kliničku praksu.

UDC 615.479.4+614.4

KEY WORDS: gloves, healthcare workers, healthcare-associated infections

ABSTRACT - The objective of the study was to examine the use of gloves among healthcare providers and to identify lapses in practice. This prospective study was conducted among healthcare professionals in General Hospital Požega in the period between 1 March and 30 April 2016. The use of gloves in a clinical setting was observed. There were 278 recorded procedures where the gloves were used. The observation was conducted by the hospital infections control nurse during nursing care at surgical wards. Out of 278 recorded gloves using procedures in total, in 143 procedures (51%) the inappropriate use of gloves was recorded. The largest proportion of inappropriate use of gloves was recorded in the transport of patients - 56 cases (39%), followed by the use of gloves for implementation of clean procedures - 46 cases (32%). Touching the environment by contaminated gloves was recorded in 24 procedures (17%), the contact with intact skin in 14 procedures (10%), and the use of disinfected gloves was observed in 3 procedures (2%). There is a significant proportion of inappropriate and excessive use of gloves among healthcare workers while providing nursing care. The inappropriate use of gloves may be attributed to poor role models in clinical settings that affect the formation of knowledge and skills. It is necessary to encourage changes in the perception of the infection prevention procedures among healthcare workers, to base the health care on evidences and guidelines that would be integrated into the professional development and clinical practice.

1 Uvod

Tijekom rada zdravstveni djelatnici kontaminiraju ruke patogenima, što se proporcionalno povećava sa duljinom provođenja zdravstvene njege. (Pittet i dr., 1999). Ruke zdravstvenih djelatnika postaju vektor prijenosa križnih (cross) infekcija (Reybrouck, 1983; Casewell, 1977). Ovaj rizik moguće je smanjiti pravilnim provođenjem higijene ruku i upotrebom rukavica. Prevencija i kontrola infekcija nastalih tijekom pružanja zdravstvene skrbi su sastavni dio sestrinske prakse. U posljednjem desetljeću značajan je naglasak na važnosti provođenja smjernica koje pružaju sveobuhvatne

savjete, na temelju dokaza, kako bi se spriječilo širenje bolničkih infekcija u sredinama akutne skrbi (Loveday i dr, 2014).

Prema smjernicama CDC- a (Centar za kontrolu zdravlja i prevenciju bolesti), rukavice je potrebno koristiti za zaštitu ruku od organskih materija i mikroorganizama, kako bi se spriječio prijenos do bolesnika i obrnuto. Obvezno je nošenje rukavica prilikom izvođenja invazivnih postupaka, kontakata s tkivom, oštećenom kožom, sluznicama te izlaganju krvi i drugim tjelesnim tekućinama (Siegel idr., 2007; Flores, 2007).

Postoje studije koje dokazuju da nošenje rukavica smanjuje prijenos patogena u zdravstvenoj skrbi (Johnson, 1990). Važno je istaknuti da rukavice ne pružaju potpunu zaštitu od kontaminacije ruku i ne zamjenjuju postupak higijene ruku. Patogeni mogu doprijeti do ruku kroz sitne pore na rukavicama ili može doći do kontaminacije ruku tijekom skidanja rukavica.

Rukavice se koriste jednokratno i mijenjaju između pacijenata, a između različitih aktivnosti na istom pacijentu potrebna je izmjena rukavica kako bi se izbjegla unakrsna kontaminacija tijela. (Pittet idr., 2009; Boyce in Pittet, 2002; Flores, 2007). Rukavice se stavljaju neposredno prije izvođenja aktivnosti i uklanjaju se odmah nakon izvršenog postupka, te slijedi postupak higijene ruku.

Pri izboru rukavica zdravstveni djelatnici trebaju odabrati prikladne rukavice, te procijeniti rizik kod postupka koji trebaju provesti. Pri kontaktu sa krvlju, tekućinama koje sadrže krv, citotoksičnim lijekovima ili drugim tvarima visokog rizika koriste se latex ili nitrilne rukavice.

Plastične rukavice nisu pogodne za korištenje prilikom kontakta s krvlju ili drugim tjelesnim tekućinama. Kod alergije na latex rukavice dobra alternativa su rukavice od nitrila.

Promatranjem u radu uočeno je prekomjerno korištenje rukavica u kliničkom okruženju. (Ehrenkranz in Alfonso 1991). Nepotrebno i neprimjereno korištenje rukavica dovodi do nepotrebnih troškova i može povećati rizik od križnih infekcija. Osim toga, neprimjereno korištenje rukavica može dovesti do preosjetljivosti kože ili nesposobnosti za rad.

2 Cilj

Cilj istraživanja je bio ispitati korištenje rukavica među zdravstvenim djelatnicima i prepoznati propuste u praksi.

3 Materijali i metode

Provedeno je prospektivno istraživanje među zdravstvenim djelatnicima Opće županijske bolnice Požega u periodu od 1. 3. 2016 do 30. 4. 2016 godine. Opservirana je upotreba rukavica u kliničkom okruženju. Evidentirano je 278 postupaka korištenja

rukavica. Neprimjerena upotreba rukavica evidentirana je kao primjena rukavica kada nije označeno u smjernicama ili postupak neuspješnog skidanja rukavica, te ne mijenjanje rukavica kod prelaska s kontaminiranog dijela tijela na čisti kod istog pacijenta. Promatranje je provedeno tijekom pružanja zdravstvene skrbi na kirurškim odjelima i provodila ga je medicinska sestra za kontrolu bolničkih infekcija. Statistička obrada je vršena kroz distribuciju frekvencije i deskriptivnu statistiku. Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo OŽB Požega.

4 Rezultati

U istraživanju je evidentirano ukupno 278 postupaka korištenja rukavica, od čega je u 143 (51 %) postupka evidentirana neprimjerena upotreba. Najveći udio neprimjerenog korištenja rukavica evidentiran je pri transportu bolesnika 56 postupaka (39 %), zatim slijedi korištenje rukavica za provođenje čistih postupaka 46 (32%), doticanje okoline kontaminiranim rukavicama evidentiran je u 24 postupka (17 %), potom kontakt s intaktnom kožom kod 14 postupaka (10 %), te je u 3 postupka (2 %) zamijećena dezinfekcija rukavica (tablica 1).

Tablica 1: Neprimjerena uporaba rukavica po postupcima

<i>Postupci</i>	<i>Neprimjerena uporaba rukavica (%)</i>
Transport bolesnika	39
Čisti postupci	32
Doticanje okoline kontaminiranim rukavicama	17
Kontakt s intaktnom kožom	10
Dezinfekcija rukavica	2

5 Rasprava

Zdravstveni djelatnici su upoznati s važnosti pravilne higijene ruku i korištenju rukavica pri sprječavanju, kontroli i smanjenju bolničkih infekcija, ali postupci njihove provedbe u svakodnevnom radu još uvijek ostavljaju prostora za poboljšanjem.

Ova studija je provedena kako bi se ocijenila upotreba rukavica među zdravstvenim djelatnicima OŽB Požega u svrhu unapređenja kvalitete i osiguravanje sigurnosti pacijenata tijekom provođenja zdravstvene skrbi, ali i sigurnosti zdravstvenih djelatnika tijekom provođenja aktivnosti.

Istraživanjem je utvrđeno da je tijekom pružanja zdravstvene skrbi evidentirana neprimjerena upotreba rukavica u 278 aktivnosti (51 %). Neprimjerena upotreba rukavica dovodi do rasapa resursa i ne doprinosi smanjenju cross infekcija, te nerijetko dovodi do propuštenih prilika za higijenu ruku. Osim navedenog pretjerana upotreba rukavica dovodi do povećanja kontaktnog dermatitisa među zdravstvenim osobljem (RCN, 2012.).

Studije koje su proveli Girou i sur (2004) i Flores i Pevalin (2006) također ukazuju na neprimjerenu upotrebu i prekomjerno korištenje rukavica u zdravstvu, te opazuju da zdravstveni djelatnici koriste rukavice za obavljanje zadataka koji ne nose rizik.

Najveći udio neprimjerenog nošenja rukavica evidentiran je pri transportu pacijenata i to u 56 aktivnosti, što je 39 % od ukupno neprimjerenog nošenja rukavica. U istraživanju je evidentirano doticanje okoline kontaminiranim rukavicama u 24 postupka (17 %). Korištenje kontaminiranih rukavica kao i nepravilna tehnika skidanje i nepropisno odlaganje korištenih rukavica dovodi do prijenosa mikroorganizama (cross infekcije). Tijekom provođenja istraživanja zabilježeno je 14 postupaka (10 %) korištenja rukavica prilikom kontakta s intaktnom kožom. Flores i Pevalin (2006) također navode u svom istraživanju neprimjereno korištenje rukavica prilikom kontakata s bolesnikom kožom. Pretjerana upotreba rukavica također može stvoriti barijeru, te može štetiti odnosu zdravstveni djelatnik – pacijent (Routasalo i Isola, 1996). U svom istraživanju (Nazarko, 2011) ističe da neprimjerena upotreba rukavica može prenijeti lošu poruku pacijentu.

Pojedina istraživanja (Loveridge, 2000) zagovaraju upotrebu dodira u provođenju zdravstvene skrbi jer potiče suosjećanje i empatiju što su vitalni elementi za terapijski odnos.

Iako su na svim radilištima dostupne smjernice za rad, zdravstveni djelatnici su skloniji raditi prema stečenoj radnoj kulturi i navikama u kliničkom okruženju (Lee, 2013).

6 Zaključak

Prilikom pružanja zdravstvene skrbi značajan je udio neprimjerenog i prekomjernog korištenja rukavica kod zdravstvenih djelatnika. Postupci neprimjerenog korištenja rukavica mogu se pripisati lošim uzorima u kliničkom okruženju koji utječu na formiranje znanja i vještina. Potrebno je potaknuti promjene u percepciji prevencije infekcija kod zdravstvenih djelatnika kako bi se zdravstvena skrb temeljila na dokazima i smjernicama koje će biti integrirane u profesionalni razvoj i kliničku praksu.

LITERATURA

1. Boyce, J. M. in Pittet, D. (2002). Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Society for Healthcare Epidemiology of America. Association for Professionals in Infection Control. Infectious Diseases Society of America. Hand Hygiene Task F. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 23 (12), S3–40.
2. Casewell, M, Phillips.(1977). Hands as route of transmission for *Klebsiella* species. *Br Med J (Clin Res Ed)*.19, 2 (6098), 1315–1317.
3. Ehrenkranz, N. J. in Alfonso, B. C. (1991) Failure of bland soap handwash to prevent hand transfer of patient bacteria to urethral catheters. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 12 (11), 654–662.

4. Flores, A. in Pevalin, D. (2006). Healthcare workers' compliance with glove use and the effect of glove use on hand hygiene. *British Journal of Infection Control*, 7 (6), 15–19.
5. Flores, A. (2007). Appropriate glove use in the prevention of cross-infection. *Nursing Standard*, 21 (35), 45–48.
6. Girou, E. idr. (2004). Misuse of gloves: the foundation for poor compliance with hand hygiene and potential for microbial transmission? *Journal of Hospital Infection*, 57 (2), 162–169.
7. Johnson, S., Gerding, D. N., Olson, M. M., Weiler, M. D., Hughes, R. A., Clabots, C. R. idr. (1990). Prospective, controlled study of vinyl glove use to interrupt *Clostridium difficile* nosocomial transmission. *American Journal of Medicine*, 88 (2), 137–140.
8. Lee, K. (2013). Student and infection prevention and control nurses' hand hygiene decision making in simulated clinical scenarios: a qualitative research study of hand washing, gel and glove use choices. *Journal of Infection Prevention*, 14 (3), 96–103.
9. Loveday, H. P. idr. (2014a). epic3: national evidence based guidelines for preventing healthcare associated infections in NHS hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*, 86, S1, S1–S70.
10. Loveridge, N. (2000). The therapy of touch. *Emergency Nurse*, 7 (10), 9–13.
11. Nazarko, L. (2011). Expert comment. In T. Nicklinson (Ed), Carers would pet my dog but they wouldn't touch me without gloves. *Nursing Times*.
12. Pittet, D., Dharan, S., Touveneau, S., Sauvan, V. in Perneger, T. V. (1999). Bacterial contamination of the hands of hospital staff during routine patient care. *Archives of Internal Medicine*, 159 (8), 821–826.
13. Pittet, D., Allegranzi, B. in Boyce, J. (2009). World Health Organization World Alliance for Patient Safety First Global Patient Safety Challenge Core Group of E. The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and their consensus recommendations. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 30 (7), 611–622
14. Reybrouck, G. (1983). Role of the hands in the spread of nosocomial infections. 1. *J Hosp Infect*, 4 (2), 103–310.
15. Royal College of Nursing (2012). Tools of the Trade: RCN Guidance for Health Care Staff on Glove Use and the Prevention of Contact Dermatitis.
16. Routasalo, P. in Isola, A. (1996). The right to touch and be touched. *Nursing Ethics*, 3 (2), 165–176.
17. Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M. in Chiarello, L. (2007). Health Care Infection Control Practices Advisory C. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. *American Journal of Infection Control*, 35 (109), S65–164.

Projekt »Živim življenje ... s stomo«

UDK 616-089.86

KLJUČNE BESEDE: projektno delo, dijaki, pacienti s stomo

POVZETEK - Projekt »Živim življenje... s stomo« deluje v sklopu številnih mednarodnih projektov E-medice. Gre za dve leti trajajoč projekt, ki smo se ga lotili v želji po nadgraditvi znanja s področja obravnave pacientov s stomo. Projekt zajema pet faz, katerih osnovni namen je bil poglobitev obstoječega in pridobitev dodatnega znanja ter izmenjava znanja in izkušenj. Na začetku projekta smo obravnavali tvegan slog življenja za črevesna obolenja, čemur je sledil ogled operativnega posega na črevesu. Najobširnejša, tretja faza projekta zajema hospitalno obravnavo pacienta z izločalno stomo, zadnji dve pa obravnava enterostomalnega terapevta v domačem okolju ter izkušnjo pacienta s stomo. Sodelujoči mentorji in dijaki so pokazali veliko motivacije in kreativnosti, kar je pri projektinem delu ključno. S projektom poleg omenjenega razširjamo tudi mednarodno strokovno povezovanje s tujimi zdravstvenimi in partnerskimi šolami.

UDC 616-089.86

KEY WORDS: project work, student, patient with a stoma

ABSTRACT - The project "To Live a Life ... with a Stoma" is a part of many international projects under the E-medica. It is a two years' project, which was undertaken by the desire to build up the knowledge for treating patients with a stoma. The project comprises five phases, of which the main purpose was to deepen and acquire additional knowledge and exchange the knowledge and experience. At the beginning of the project we discussed a risky lifestyle for bowel diseases, then we watched the colon surgery. The most comprehensive, the third phase of the project covers hospital treatment of the patient with a stoma, and the last two phases deal with enterostomal therapist in the home environment and experience of the patient with a stoma. Mentors and students showed a great deal of motivation and creativity, which is crucial in the project work. The project also helps to expand the international professional cooperation with foreign medical schools and partner schools.

1 Uvod

Strokovnjaki v zdravstvu se dobro zavedamo napredka stroke, ki lahko v veliki meri prispeva h kakovostnejšemu življenju pacientov s kroničnimi obolenji. Za njih je pomembno predvsem, kako jih pripravimo na življenje z boleznijo. Bolezen lahko za posameznika pomeni tudi izziv, da se zave pravih vrednot v življenju, saj ob premagovanju ovir ter iskanju rešitev, osebnostno raste, negotovost in strah pa se spremeni v povezanost z boleznijo. To pa je mogoče šele takrat, ko pacient sprejema bolezen in s tem lastno spremenjeno telesno podobo. Pomembno je, da pacientom vlivamo zaupanje ter jih spodbujamo, da si povrnejo samospoštovanje in neodvisnost (Hribar, 2009). Naš cilj je torej čimprejšnja samostojnost in samooskrba pacientov ter pomoč, da s svojo boleznijo zaživijo polno življenje (Klasinc, Kisner in Pernat, 2007). Slednje pa lahko zagotavljamo le z veliko mero podpore, znanja in volje, skratka na tehtnici mora biti prava mera empatičnega in profesionalnega odnosa.

»Živim življenje s stomo« je projekt Srednje zdravstvene šole Celje, pri katerem so se sodelujoči dijaki pod mentorstvom učiteljev povezali s partnerskimi šolami in drugimi strokovnjaki na področju zdravstvene nege pacientov s stomo ter poglobili svoje zna-

nje, izkušnje in spretnosti. V projektu je sodelovalo deset dijakov matične šole in pet dijakov partnerskih šol. Predpogoj sodelovanja so bile predelane teoretične vsebine iz vsebin Zdravstvene nege bolnika s stomo ter opravljanje praktičnega pouka na Oddelku za splošno in abdominalno kirurgijo Splošne bolnišnice v šolskem letu 2013/14. S tem šolskem letu smo se učitelji praktičnega pouka odločili premestiti praktične učne vsebine Zdravstvene nege pacienta s stomo iz strokovnih učilnic v šoli v učno bazo, na Oddelek za splošno in abdominalno kirurgijo Splošne bolnišnice Celje. Na ta način je vsem dijakom omogočeno učenje na sodobnih učnih modelih, kjer teoretično znanje povežejo s praktičnimi vajami na modelu. Istočasno dodobra spoznajo materiale in pripomočke za nego in oskrbo različnih stom. Ko osvojijo praktično delo na modelu, sledi nega in oskrba stome pri pacientih pod mentorstvom učiteljev praktičnega pouka. Poučevanje je na ta način strnjeno in procesno naravnano. S tem načinom poučevanja smo omogočili kakovostno in sistematično poučevanje omenjenih vsebin ter okrepili sodelovanje šole z učno bazo. Iz teh pristopov k poučevanju se je rodila ideja za projekt »Živim življenje... s stomo«, ki deluje pod okriljem E-medicine. Le-ta je bila ustanovljena leta 2005 na Hrvaškem, s strani zdravstvene šole iz Zadra. Osnovni namen in moto E-medicine je »Znanje brez meja«, cilji pa razvoj v mednarodno mrežo, izmenjava izkušenj, uvajanje in uporaba sodobnih IKT, izmenjava dijakov in učiteljev, videokonference, izmenjava skupnih portalov ter letna srečanja na dnevih E-medicine.

2 Potek projekta

Projekt zajema pet faz, ki so med seboj sistematično povezane in ponazarjajo krog - proces od nastanka bolezni, operativnega posega, hospitalne obravnave, obravnave v domačem okolju do izkušenj in nadaljnjega življenja t. i. stomistov (pacientov s stomo). Pred prvo fazo projekta smo se lotili nadgraditve obstoječega in pridobivanja novega znanja s področja izločalnih stom ter obravnave pacienta z izločalno stomo. Povezali smo se s partnerskimi šolami in izdelali naslednji učni material:

- Brošura: Življenje s stomo in samooskrba.
- Navodila: Irigacija – kdaj? / kako?
- Plakati: Izločalna stoma; Nega in oskrba stome.
- Predstavitve: Prehrana stomista, Mladostnik in stoma, Enterostomalni terapevt, Gibanje stomista, Samooskrba izločalne stome.
- Raziskava med dijaki: Poznavanje izločalnih stom.
- Umetniška izdelava predstavitvenega modela (izločalna stoma na ženskem telesu).
- Zdravstveno-vzgojna brošura: Edukacija pacientov s stomo.
- Zloženke: Pacient s stomo – komunikacija, Gibanje pacienta s stomo, Izločalna stoma – samooskrba.
- Knjižna kazala z motivi projekta.

Pri izdelavi učnega materiala so dijaki presenetili, saj so s svojimi idejami in izdelki pokazali veliko mero sposobnosti medsebojnega povezovanja ter kreativnosti.

2.1 Prva faza projekta: Tvegan slog življenja – črevesna obolenja

V prvi fazi so dijaki s pomočjo literature raziskali, kakšen je vpliv tveganega življenjskega sloga za nastanek različnih kroničnih obolenj, vnetnih obolenj prebavil, ki jih poznamo kot Chronovo bolezen, ulcerozni kolitis, divertikulitis, polipozo ter rakasta obolenja (Štemberger Kolnik, 2013). Dejavnike tveganja so razdelili v prirojene (genetske) dejavnike in pridobljene dejavnike (okolje, prehrana, škodljive razvade). Pri obeh vrstah dejavnikov so tisti, na katere lahko vplivamo in tisti, na katere ne moremo vplivati. Osredotočili smo se predvsem na dejavnike, katere lahko s pravilnim načinom življenja odpravimo, omilimo ali pa nastanek obolenja prestavimo na kasnejše življenjsko obdobje. Pripravili smo različne izdelke in dogodke (naloge, delovne liste, plakate, debate na sestankih, power point predstavitev, ogleda filmov iz spleta, predstavitev za širšo javnost), ki smo jih preko elektronskih medijev izmenjali s partnerskimi šolami.

2.2 Druga faza projekta: Operativni poseg na črevesju

Možnosti zdravljenja različnih kroničnih obolenj so zaradi napredka v zdravstvu široke, vendar pa zdravljenje v prvi fazi naštetih obolenj pogosto zahteva operativni poseg, katerega končni izid je izpeljava črevesja ali sečevodov na trebušno steno – izločalna stoma. V tej fazi ima za uspešno zdravljenje in rehabilitacijo pomembno vlogo kakovostna zdravstvena nega.

Dijaki so imeli nalogo, da na terenu ali pa v okviru praktičnega pouka izvedejo ciljan pogovor s pacientom o njegovih potrebah ali izkušnjah pred operativnim posegom. Pacienti so izpostavili predvsem potrebe po dobri seznanitvi o načinu in vrsti operacije, pripravi in sodelovanju ožjih svojcev, seznanitvi s pripomočki za oskrbo stome ter možnostih iskanja pomoči in podpore po odpustu iz bolnišnice.

V okviru te faze so si dijaki ogledali tudi film operativnega posega izpeljave črevesja-stome, ki ga je izvedla angleška kirurginja. Največ pa jim je pomenilo, da so lahko v živo spremljali operativni poseg izpeljave črevesja v Splošni bolnišnici Celje (izvedba kolostome zaradi rakastega obolenja na debelem črevesu).

2.3 Tretja faza projekta: Hospitalna obravnava pacienta z izločalno stomo

Bolnišnična obravnava pacientov s stomo je za spremembe, ki se zgodijo pri pacientu po operaciji relativno kratka in zahteva strokovni pristop, ki povezuje empatičnost in strokovnost. Pomembno je, da pacient sprejme dejstvo, da je operativni poseg – napravljena stoma neizogibni del zdravljenja njegove bolezni. Po hudi bolezni je prizadeta pacientova sposobnost zadovoljevanja potreb po osebni higieni, oblačenju in slačenju, prehranjevanju, izločanju in odvajanju, gibanju. Pojavlja se razočaranje, stresno doživlja nezmožnost skrbeti zase, strah da se bo bolezen ponovila ipd. Ko pacient sprejme stomo, začne graditi pozitiven odnos do sebe, se sooči z lastno spremenjeno telesno podobo in težavami ter začne iskati pozitiven pogled na življenje (Rešek, 2000; Štemberger, 2013; Zapušek, 2005), kar pa se v času bolnišnične obravnave še ne zgodi. Odziv pacienta na spremenjeno telesno podobo je odvisen od starosti, spo-

la, vrednot, nazorov, pričakovanj in pripravljenosti na spremembo življenjskega stila (Senčar, 2000).

Tretje faze projekta smo se lotili z načrtovano postopnostjo in najprej spoznali paciente, njihovo doživljanje bolezni in sprejemanje dejstev v zvezi z zdravstvenim stanjem. V konkretni situaciji (na oddelku pri praktičnem pouku) so poskušali dijaki vzpostaviti ustrezen empatični in hkrati profesionalni odnos do pacienta s stomo. Na oddelku so se preizkusili v praktičnem znanju (nameščanje oz. pravilna uporaba materialov in pripomočkov za stomo), in sicer najprej na sodobnem učnem modelu, na Oddelku za splošno in abdominalno kirurgijo, nato pa še individualno pri bolniku s stomo.

Spremljali smo paciente od sprejema do odpusta in ugotovili, da veliko vlogo igra povezanost tako s pacientom, kot tudi s svojci, ki z njim živijo. Pacienti morajo od enterostomalnega terapevta in/ali drugih članov tima zdravstvene nege dobiti potrebne informacije o negi in oskrbi stome, pravilni izbiri in uporabi pripomočkov. Pomembno je, da pri učenju poleg pacienta sodelujejo ožji svojci ter, da pacienti ob odpustu prejmejo pisne in ustne informacije, potrebne za samostojno življenje s stomo.

2.4 Četrta faza projekta: Enterostomalni terapevt v domačem okolju

Pacient z izločalno stomo lahko opravlja vsakodnevne aktivnosti in se vrne v normalno življenje čim prej po operaciji, saj ga delo zadovoljuje in zaposli. Ukvarja se lahko z dejavnostmi, ki jih je izvajal pred operacijo, odsvetuje se le težko delo, dvigovanje težkih bremen, grobi športi, kjer lahko pride do poškodbe stome (Štemberger, 2013).

S primerno nego in oskrbo stome morajo pacienti in/ali svojci nadaljevati v domačem okolju, kar pa dostikrat postavlja pacienta v različne dileme. Pacientom je osebje v bolnišnici v veliko oporo, vendar pa se veliko težav in stisk pojavi šele po odpustu iz bolnišnice, ko so prepuščeni samim sebi. Največkrat se postavljajo vprašanja glede prehranjevanja, spremljanja režima izločanja/odvajanja, značilnosti izločkov in ukrepanja ob zaznanih odstopanjih in zapletih. V tem obdobju je pomembno, da so dobro seznanjeni, na koga se lahko obrnejo po ustrezno pomoč ter kakšne pravice jim pripadajo. Pacienti poudarjajo, da so jim poleg družine in bližnjih v največjo oporo in pomoč sotrpini z lastnimi izkušnjami ter enterostomalni terapevti, ki so za to področje strokovno izobraženi in usposobljeni (Štemberger Kolnik, 2013).

V tej fazi so dijaki spoznali predvsem vlogo in delo enterostomalnega terapevta. Osredotočili pa smo se tudi na ostale organizacije, ki so pacientom v podporo (Zveza invalidskih društev ILCO Slovenija, ki jo sestavlja šest društev po Sloveniji, Info točke za paciente s stomo v Sloveniji, združenje Češnjev cvet) ter se seznanili z vlogo prostovoljcev na tem področju.

2.5 Peta faza projekta: Izkušnja pacienta s stomo

Pacienti, ki so po bolezni ali nesreči uspešno okrevali ter se vrnili v vsakdanji ritem življenja, so spoznali, da stoma ni in ne sme biti ovira za kakovostno in polno življenje. Slednji so sprejeli dejstvo, da je stoma neizogiben del zdravljenja, ki jim je rešila življenje in odpravila omejitve, ki jih je povzročala bolezen pred operativnim posegom. Seveda pa je pri tem procesu potrebna in pomembna podpora svojcev, strokov-

njakov ter drugih sodelujočih. Dobro informiranje in izobraževanje pacientov s stomo o ustreznem življenjskem slogu sestavlja ključen del rehabilitacije ter pripomore k preprečevanju zapletov, tako fizioloških, psiholoških, kot tudi socioloških. Ko pacienti premostijo skrbi glede osnovnih potreb po negi in oskrbi stome, se lažje spopadajo s psihosocialnimi potrebami. Sposobnost samooskrbe stome pripomore, da pacienti postanejo samozavestnejši in se lažje vključujejo v ožjo in širšo okolico. Pri vsem tem pa ne smemo pozabiti na multidisciplinaren in individualen pristop k pacientu s stomo (Batas, 2009).

Dijaki so v tej fazi z navdušenjem spoznali ozdravljene paciente, ki živijo kvalitetno življenje, mnogi med njimi pa delujejo tudi kot prostovoljci, pri čemer z lastno izkušnjo pomagajo pacientom, ki so še v procesu soočanja z boleznijo in stomo. Pacienti poudarjajo, da se ne glede na to, da jih imajo svojci radi in jim pomagajo po svojih najboljših močeh, o stiskah in strahovih najlažje in najbolj odkrito pogovorijo z ljudmi, ki so podobno pot prehodili tudi sami.

3 Zaključek

Sama stoma ni ovira za normalno življenje, mnogi stomisti živijo življenje brez odpovedovanj in s tem dokazujejo, da je s stomo mogoče živeti polno in lepo življenje (Rešek, 2000). Pacient s stomo ima v bolnišnici občutek varnosti, saj je ob njem medicinsko osebje, ki mu v vsakem trenutku priskoči na pomoč. Vrnitev v domače okolje pa je za pacienta lahko stresno, prinaša mu skrbi, negotovosti in strah, kako bo, ko bo sam s »svojo stomo«. Pomembna je predoperativna obravnava pacienta skupaj s svojci, priprava pacienta na stomo, prav tako pa je ključnega pomena vključitev enterostomalnega terapevta. Zadovoljno in kakovostno življenje si lahko pacient zagotovi le sam, vendar mu v ključnih trenutkih pomaga strokovno usposobljen tim v ustanovi, ki mu olajša odhod v domače okolje. Velik pomen pa ima vsekakor obravnava takšnega pacienta v domačem okolju-vloga enterostomalnega terapevta.

Projekt »Živim življenje ... s stomo« smo predstavili širši javnosti na informativnih dnevih Srednje zdravstvene šole Celje (februarja 2014 in 2015). Trikrat (jeseni 2013, jeseni 2014 in spomladi 2016) smo se aktivno udeležili t. i. dnevov E-medice, kjer se na mednarodnem strokovnem srečanju vsako leto zbere preko 300 udeležencev (dijakov in učiteljev-mentorjev) iz več kot 30 šol. Projekt smo zaključili z mednarodnim strokovnim srečanjem v mesecu maju 2015. V ta namen smo povabili strokovnjake zdravstvene nege iz primarnega in sekundarnega nivoja zdravstvenega varstva, enterostomalnega terapevta ter pacienta s stomo (stomista in hkrati prostovoljca). Na srečanju so sodelovale tudi partnerske šole, s katerimi smo izvedli izmenjavo dijakov. Evalvacija celotnega projekta je bila predstavljena na 9. Dnevih E-medice, v mesecu marcu 2016.

Za konec pa še misel pacientke s stomo, ki deluje kot prostovoljka: »Stoma ni konec, ampak začetek nečesa novega«. Takšne misli nam dajejo zagon za nadaljnje delo, da se trudimo, izmenjujemo svoje znanje in izkušnje ter skušamo z zgledi motivirati bodoče strokovnjake na področju zdravstvene nege.

LITERATURA

1. Batas, R. (2009). Rehabilitacija pacienta s stomo – aktivnosti prehranjevanja in oblačenja. *Obzornik zdravstvene nege*, 43 (4), 269–275.
2. Hribar, B. (2009). Odpust iz bolnišnice – kako so pacienti pripravljene na življenje s stomo. *Obzornik zdravstvene nege*, 43 (4), 277–284.
3. Klasinc, M., Kisner, N. in Pernat, V. S. (2007). *Zdravstvena nega 3*. Maribor: Založba Pivec.
4. Rešek, K. (2000). Stomisti in intimno življenje. V M. Gantar (ur.), *Enterostomalna terapija na obalno kraški regiji: pogovarjamo se o kakovostnem življenju s stomo: zbornik predavanj s strokovnega srečanja*, Portorož, 13. – 14. april 2000 (str. 67–70). Ljubljana: Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom.
5. Senčar, Z. (2000). Spremenjena telesna podoba. V M. Gantar (ur.), *Enterostomalna terapija na obalno kraški regiji: pogovarjamo se o kakovostnem življenju s stomo: zbornik predavanj s strokovnega srečanja*, Portorož, 13. – 14. april 2000 (str. 58–65). Ljubljana: Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom.
6. Štemberger Kolnik, T. (2013). *Stoma – nov začetek. Učimo vas živeti s stomo. Priročnik za paciente s stomo in zdravstvene delavce*. Maribor: Zveza invalidskih društev ILCO Slovenije.
7. Zapušek, A. (2005). Zdravstvena vzgoja in pomen učenja pri bolniku s črevesno stomo. V D. Tomc-Šalomon (ur.), *Raziskovanje v enterostomalni terapiji. Zbornik predavanj s strokovnega srečanja*, Terme Olimje, 18. in 19. april 2005 (str. 32–35). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.

Zdravilne lastnosti lesa in vpliv njegove zvočnosti na posameznikovo počutje

UDK 615.821,8:78

KLJUČNE BESEDE: les, glasba, muzikoterapija

POVZETEK - Prispevek predstavlja bodočo raziskavo o vplivu zvočnosti lesa na počutje in ugodje posameznika. Multidisciplinska raziskava naj bi potekala od oktobra 2016 do junija 2017 in bi v začetni fazi zajela institucije: a) Šolski center Novo mesto, kot koordinator projekta in institucija, ki bo izvajala začetno izobraževanje dijakov in študentov, pridruženih v tem projektu, b) Biotehniško fakulteto v Ljubljani, ki bo izvajala meritve na slovenskih avtohtonih vrstah lesa in c) vrtce Pedenjped v Novem mestu, ki bo omogočal testiranje na terenu. V zaključni fazi naj bi projekt zajel še institucije z drugih področij (predvsem s področja glasbe in zdravstva), ki bodo s svojimi prispevki omogočile poglobljeno razumevanje vpliva lesa, predvsem glede njegove zvočnosti, na zdravje in na splošno počutje posameznika. Odločitev o izvajanju projekta »Zvočnost lesa« izhaja iz želje avtorjev, da bi ozaveščala širšo skupnost o lesu, ki naj ne bi bil samo konstitutivni material mnogih glasbenih instrumentov in imel samo pomembne vloge pri načrtovanju in izdelavi le-teh. Avtorja vidita les kot sredstvo, ki lahko vpliva na posameznikovo akustično in estetsko doživljanje ter na njegove čutilne sposobnosti.

UDC 615.821,8:78

KEY WORDS: wood, music, music therapy

ABSTRACT - The paper presents the future research on the impact of sonority of wood on well-being and comfort of the individual. Multidisciplinary research will take place from October 2016 to June 2017, and in the initial phase it will cover the following institutions which will have specific functions in this research: a) School Centre Novo mesto, as the project coordinator and the institution providing the initial training of pupils and students who will join this project, b) Biotechnical Faculty in Ljubljana, which will carry out measurements on the Slovenian indigenous wood species, c) kindergarten Pedenjped in Novo mesto, which will provide testing in the field. In the final phase of the project, other scientific areas and institutions will be covered (particularly the field of music and health). It is expected that their contributions will allow an in-depth understanding of the impact of wood, especially in terms of its sonority on health and general well-being of the individual. The decision to carry out this project is to raise the awareness of the wider auditorium about the quality of wood, which is not only the constituent material of many musical instruments and has not only an important role in their design and manufacture. The authors see wood as an asset that can affect an individual's acoustic and aesthetic experience and their sensory abilities.

1 Uvod

Prispevek opisuje bodočo raziskavo »Zvočnost lesa«, ki bo potekala od oktobra 2016 do junija 2017 v kooperaciji ŠC Novo mesto (koordinator projekta), Biotehniške fakultete v Ljubljani in vrtca Pedenjped v Novem mestu.

Avtorja, ki sta se odločila za izvajanje projekta, izhajata iz prepričanja, da na dobro počutje, ugodje in zdravje posameznika ne vpliva samo človeški glas, predvajana glasba ali zvok, ki ga ustvarjajo priznana terapevtska glasbila kot so na primer gong, pojoče skledе ali kristalne posode, ampak tudi les oziroma predmeti (glasbila) iz lesa, ki imajo zaradi svojih izjemnih akustičnih lastnosti posebno mesto v harmonizaciji zvoka in človeškega telesa.

Dejstvo je, da se je v zadnjih 400 let zgodila izjemna revolucija glede izdelave glasbil, od njihove oblike do uporabe materialov. Ne glede na to je prav tako možno ugotoviti, da različne kulture, na različnih lokacijah in v različnih glasbenih zvrsteh še vedno prisegajo na uporabo lesa, ker les »diha« s svojim okoljem in se »prilagaja« okolju. Glede na svojo strukturo, oddaja posebno barvo, ki jo ni možno ponazoriti z nobenim drugim materialom.

Ko govorimo o predmetih iz lesa in njihovem vplivu na počutje, ugodje in zdravje posameznika imamo v mislih tudi opremljanje prostorov z lesom, ki dušijo hrup (Bucur, 2006) in na ta način pripomorejo boljšem počutju posameznika, tako kot na opremljanje prostorov z lesom, ki naj bi poskrbel za boljšo akustičnost prostora (na primer uporaba lesenega poda in opažev v koncertnih dvoranah) in s tem vplival na doživetje zvoka (Wegst, 2006).

2 Priprave na raziskavo

Glede na kompleksnost raziskave in profil sodelujočih (dijaki ŠC Novo mesto), bodo potekale posebne priprave s poudarkom na izobraževanje dijakov in prav tako posebne priprave na samo raziskavo in sicer:

- Preučevanje frekvenčnega odziva in koeficienta dušenja z uporabno resonančne metode z impulzivnim elastičnim mehanskim vzbujanjem skozi meritve na izbranih lesnih vrstah (smreka, jesen, bukev, oreh in češnja). Pri tem preučevanju bodo sodelovali dijaki in mentorji (učitelji). Meritve bodo izvedene v sodelovanju z Biotehniško fakulteto, na oddelku lesarstva, kateder za morfologijo in fizikalne lastnosti lesa;
- Izdelava vzorčnih testnih lesenih vzorcev določenih dimenzij, ki bodo z metodo sušenja pripravljene za izvedbo meritev;
- Projektiranje, oblikovanje in izdelava akustičnih inštrumentov v delavnicah ŠC Novo mesto in njihova priprava za meritve. Primerjava teh inštrumentov s podobnimi inštrumenti iz plastike z vidika akustičnosti;
- Preučevanje lastnosti izbranih vrst lesa z vidika akustičnosti, resonance, hitrosti zvoka in izgube zvočnosti.

Poseben poudarek bo na meritvah lesa javorja rebraša in lesa smreke zaradi njihovih lastnosti kot so kvaliteta vibriranja, resonanca, hitrost zvoka, elastičnost ipd.

Del začetnih izobraževanj za dijake bodo potekala na ŠC Novo mesto. Poudarek na teh izobraževanjih bo na mehanskih, akustičnih in estetskih lastnosti lesa in izbire določenega lesa za glasbilo (pihalo, godalo, brenkalo, tolkalo).

3 Delo na terenu

Predvideva se, da bo delo na terenu (meritve in del izobraževanja) potekalo v časovnem terminu od januarja do marca 2017. Poseben poudarek bo na ugotavljanju razlik

v akustičnih lastnosti že obstoječih glasbil, narejenih iz lesa in polimerov oziroma karbona. Del izobraževanja bo zajemal tudi obisk različnih koncertnih prostorov v Novem mestu in Ljubljani, tako kot prostorov, opremljenih z lesom, kjer je glavni poudarek na dušenju hrupa.

Posebno delo bo potekalo v vrtcu Pedenjped, predvidoma koncem marca 2017, kjer bo izvedena krajša raziskava pod mentorstvom obeh avtorjev, s ciljem ugotavljanja dojemanja zvočnosti lesenih glasbil in glasbil izdelanih iz polimerov in karbona. V raziskavi, ki bo prva te vrste na slovenskem prostoru, bodo sodelovali predšolski otroci tako kot njihove vzgojiteljice iz omenjenega vrtca. Avtorja sta prepričana, da bodo izsledki te raziskave dragocen prispevek v razumevanju akustičnih lastnosti lesenih glasbil.

4 Vključevanje ostalih inštitucij v raziskavo in zaključna faza raziskave

Avtorja želita v zaključno fazo raziskavo vključiti tudi druge inštitucije za katere sta prepričana, da bi lahko dala še dodatno pojasnilo glede vpliva lesa na ugodje, počutje in zdravje posameznika.

Predvideva se, da se bo začetkom marca 2017 vključil v obstoječo raziskavo Inštitut Knoll, ki bo s svojimi izkušnjami na področju glasbeno terapijo in uporabo glasbil, predvsem narejenih iz lesa, pokazal vpliv lesenih glasbil na počutje in ugodje posameznika.

Predvideva se prav tako, da se bo začetkom marca/aprila v raziskavo vključil še Nacionalni inštitut za javno zdravje, območna enota Novo mesto. Vlogo te inštitucije vidita avtorja v ozaveščanju širše populacije s pomočjo krajše publikacije glede hrupa in njegovega zmanjševanja z uporabo lesa.

Zaključna faza raziskave bo namenjena enodnevnom seminarju, ki bo potekal na ŠC Novo mesto in bo namenjen analizi pridobljenih rezultatov ter diseminaciji teh rezultatov širši javnosti.

LITERATURA

1. Bucur, V. (2006). *Acoustics of Wood*. Heidelberg: Springer-Verlag.
2. Lee, J. G. (2013). *Sound Resonance: How Wood Properties Affect Sound*. Pridobljeno s <http://cssf.usc.edu/History/2013/Projects/S1809.pdf>.
3. Wegst, U. G. K (2006). *Wood for sound*. *American Journal of Botany*, 93 (10), 1439–1448.

Uporaba glasbe pri artikulacijskih vajah za otroke z Downovim sindromom

UDK 616.899.6+78

KLJUČNE BESEDE: glasba, Downov sindrom, artikulacijske vaje

POVZETEK - Prispevek obravnava uporabo glasbe pri spodbujanju jezikovnega razvoja otrok z downovim sindromom. Številni avtorji, ki se ukvarjajo z raziskovanjem posameznih področij razvoja pri otrocih z downovim sindromom, ugotavljajo, da pri teh otrocih še najbolj zamujata govor in jezikovni razvoj, ki v veliki meri vplivata na njihovo celotno funkcioniranje in življenje. Ne glede na individualne razlike v socialnem, kognitivnem in jezikovnem razvoju imajo otroci z Downovim sindromom specifičen profil jezika in komunikacije, ki je v tesni povezavi s kognitivnim in socialnim razvojem. Glede na to, da različne raziskave kažejo na visoko pojavnost artikulacijskih problemov pri oblikovanju glasov, ki se kažejo pogosteje pri soglasnikih kot pri samoglasnikih, se je avtorica odločila, da uporabi glasbo za dodatne artikulacijske vaje. V ta namen so na OŠ Dragotina Ketteja v Novem mestu od 18. marca do konca maja 2016 potekale artikulacijske vaje za tri otroke z downovim sindromom, ki so bile izvedene v okviru strokovnega modula Glasbeno izražanje, ki je del predmetnika v 4. letniku srednješolskega programa predšolske vzgoje na ŠC Novo mesto, enota SGLVŠ. Artikulacijske vaje za tri otroke z downovim sindromom, ki so jih izvajali dijaki pod mentorstvom avtorice in pri katerih je nastala dokaj obsežna video dokumentacija, so celo v kratkem časovnem obdobju pokazale napredek pri artikulaciji glasov.

UDC 616.899.6+78

KEY WORDS: music, Down syndrome, articulation exercises

ABSTRACT - The article deals with the use of music in promoting language development of children with Down syndrome. Many authors engaged in researching various areas of development in children with Down syndrome have found out that these children have a delay of speech and language development, which is largely influencing their overall functioning and their entire life. Irrespective of the individual differences in social, cognitive and language development, children with Down syndrome have a specific language and communication which is closely linked to the cognitive and social development. Given that various studies indicate a high incidence of articulation problems in language which is reflected more in vowels than consonants, the author decided to use music for additional articulation exercises, which were carried out from 18 March until the end of May 2016, for three children with Down syndrome in Dragotina Kette Primary School in Novo mesto. The articulation exercises were carried out within the framework of the professional module Musical Expression, which is part of the curriculum in the 4th year of the secondary school programme Preschool Education, School Centre Novo mesto. The articulation exercises for the three children, carried out by students under the supervision of the author, showed progress in articulation of the vowels even in a short period of time. A quite extensive video documentation was produced during these exercises as well.

1 Uvod

V 4. letniku srednješolskega programa predšolska vzgoja na ŠC Novo mesto, SGLVŠ, poteka že nekaj let izbirni glasbeno strokovni modul Glasbeno izražanje. Modul ponuja bogat nabor glasbenih vsebin in dejavnosti za dijake, med drugim spoznavanje glasbeno izraznih elementov, metodiko in didaktiko glasbene komunikacije, metodiko in didaktiko glasbeno didaktičnih iger ter metodiko in didaktiko skupnega muziciranja. Zadnja leta se je temu naboru pridružila nova vsebina, in sicer glasbena terapija.

Uvajanje glasbene terapije v izbirni modul izhaja iz potrebe, da se dijakom prikažejo različne možnosti za spodbujanje otrokovega celostnega razvoja, s katerimi zadovoljujejo njegove trenutne potrebe in poskrbijo za razvoj njegovih sposobnosti na čustveni, psihosocialni in telesni ravni (Kemper in Danhauer, 2005).

Iz številnih primerov s področja glasbene terapije, obravnavanih na praktičnih urah modula v šoli, se je pokazalo, da bi bilo za dijake zelo zanimivo videti v praksi kako poteka glasbena terapija. Priložnost se je ponudila v šolskem letu 2015/16 na OŠ Dragotina Ketteja, ki jo obiskujejo otroci s posebnimi potrebami in sicer skozi izvajanje artikulacijskih vaj za dva otroka z Downovim sindromom. Artikulacijske vaje so potekale znotraj krajše raziskave od 18. marca do konca maja leta 2016.

Odločitev o uvajanju raziskave znotraj strokovnega modula in o sodelovanju dijakov v sami raziskavi temelji na dveh postavkah: a) na prepričanju, da naj bi poučevanje potekalo kot dvojni proces: kot posredovanje znanja in izkušenj ter raziskovalne prakse, ki naj bi ob posredovanemu znanju in izkušnjah naslovila, preko manjših raziskav v razredu, različno strokovno problematiko (Valenčič Zuljan in Vogrinc, 2010) in b) na zahtevah, ki izhajajo iz inovativnih učnih strategij, prepoznanih v Evropski Uniji.

2 Vloga glasbe v življenju otrok z Downovim sindromom

Glasba je sestavni del vseh nas. Ritem in metrum nista samo osnovna parametra v glasbi, ampak sta prav tako sestavna dela našega srčnega utripa, našega dihanja in gibanja. Melodija je lahko odraz našega smeha, joka, kričanja ali petja. Prav tako so različne glasbene vsebine, ki jih lahko prepoznamo v različnih glasbenih zvrsteh, odraz naših različnih čustev (Buckley, 2006). Zaradi tako globoke povezave med posameznikom in glasbo, se glasba, kot vsesplošen, človeški jezik že stoletja uporablja v terapevtske namene, med ostalim kot pomoč pri učenju, pri telesnih in duševnih obolenjih, pri telesni in spolni zlorabi, pri lažšanju stresa in dr. (Dewhurst-Maddock, 1999).

Glede na opazen primanjkljaj, ki je največji na področju jezika in govora (Abbeduto, Warren in Conners, 2007; Buckley in Le Prevost, 2002; Kumin, 2003; Rondal in Buckley, 2003), ima glasba posebno mesto pri otrocih in odraslih z Downovim sindromom, ker jim daje številne možnosti za izražanje brez besed. Namreč, komunikacija ni samo govor, ampak vključuje še kretnje, obrazno mimiko, očesni stik, telesno govorico in zvočno barvo glasu (Kumin, 2003; Littlejohn in Foss, 2008). Komunikacijo torej lahko razumemo kot proces, pri katerem se pošiljajo in sprejemajo sporočila na takšen ali drugačen način, vendar tako, da ga vsi udeleženci v komunikacijskem procesu lahko razumejo.

Glasba, kot univerzalni jezik človeštva (Mihelač, 2009) ima v komunikaciji izjemno vlogo kot poseben, alternativni način komunikacije (Mercado, 2004; Rainey-Perry, 2003) in sicer za vse posameznike, ki imajo težave z izražanjem na verbalnem ali kakšnem drugem področju, ker je dejansko vse osnovne glasbene parametre (višina tona, glasnost tona, trajanje tona, barva tona) možno integrirati znotraj govorno-jezikovnih vaj (Birkenshaw, 1994; Loewy, 2004; Wilmot, 2004; Zatorre, Belin in Penhune, 2002).

Predvsem otroci z Downovim sindromom kažejo izredno dober odziv na uporabo glasbe in uživajo v skupnih glasbenih dejavnostih (Wigram idr., 2002), ker jim glasba omogoča izražanje lastne kreativnosti, jih vodi do sprostitve zadržanih čustev in jim daje občutek zadovoljstva, uspeha in samospoštovanja. Prav tako se kaže glasba kot odlično terapevtsko sredstvo pri zmanjševanju njihovih artikulacijskih problemov, ki naj bi bile posledica majhnih ust, hipotoničnega jezika in mlahavih ustnih mišic (Colleen, 2012; Golubović, 2006) in so izražene pogosteje pri soglasnikih kot pa pri samoglasnikih (Kumin, 2003). Z glasbo je možno izvajati različne artikulacijske vaje, ker melodična in ritmična struktura nekega glasbenega dela (na primer otroška pesmica) ponuja neštete možnosti za ponavljanje težkih soglasnikov, besed, fraz in s tem tudi možnosti za urjenje spomina, ki ima prav tako pomembno vlogo pri jezikovnem razvoju otrok z Downovim sindromom (Abbeduto idr., 2007; Caf, 2008).

3 Priprave na artikulacijske vaje

Dijaki, ki so obiskovali strokovni modul Glasbeno izražanje v šolskem letu 2015/2016, so bili predhodno seznanjeni o možnosti njihovega sodelovanja v raziskovalnem procesu ter o nalogah, ki naj bi jih izpolnili. V raziskovalnem procesu je sodelovalo osem dijakov vpisanih na izbirni modul Glasbeno izražanje. Po pridobitvi njihovega soglasja za sodelovanje v raziskavi so dobili smernice za samostojni pregled strokovne literature, ki obravnava terapevtsko vrednost glasbe pri otrocih z Downovim sindromom. Nabor, pregled in analiza strokovne literature je potekala v januarju in deloma v februarju 2016 na praktičnih urah izbirnega modula Glasbeno izražanje v razredu. Glede na analizirano literaturo in številne diskusije v razredu je bilo dogovorjeno, da bo raziskava usmerjena samo na vpliv glasbe na jezikovni razvoj dveh otrok z Downovim sindromom, ki obiskujeta 2. razred OŠ Dragotin Kette, s posebnim poudarkom na artikulacijo glasov.

Koncem februarja in na začetku marca 2016 so potekale priprave na samo raziskavo, ki je vključevala:

- ustvarjanje melodično in ritmično nezahtevne melodije,
- pisanje besedila (več kitic) na podlagi melodije,
- izdelavo video posnetkov (za vsako kitico drugačen video posnetek).

Namen ustvarjanja melodije je bila zvočna popestritev artikulacijske vaje. Petje namreč omogoča ponavljanje besed (ali krajših stavkov) na bistveno bolj zanimiv način kot pa zgolj ponavljanje teh (Barker, 1999). Prav tako omogoča usvojitve novih besed in njihovo lažje pomnjenje, ker se te besede znotraj melodije večkrat ponavljajo. Slednje je dokaj pomembno, glede na to, da imajo otroci z Downovim sindromom slabše kratkoročno pomnjenje in kratkotrajno koncentracijo (Buckley in Le Prêvest, 2013; Chapman, 2001; Jarrold in Baddeley, 2001).

Pri ustvarjanju besedila v posameznih kiticah na podlagi melodij, so dijaki upoštevali specifične govorne težave obeh otrok – testirancev, kot so težja izgovorjava glasov l, m, n, k, g, h, č, š, ž.

Pri izdelavi video posnetka so bili dijaki opozorjeni na dejstvo, da je treba pripraviti slike predmeta oziroma živali, ki se omenjajo v besedilu zaradi njihove lažje vizualne predstavitve ter da je treba pripraviti hkrati tudi zvočni posnetek pravilno izgovorjenih predmetov/živali. Ob video posnetkih naj bi dijaki uporabljali tudi sistem KPK (s kretnjami podprto komunikacijo), za katero se je pokazalo, da spodbuja razvoj govora in jezika (Wilken in Jurišić, 2012).

4 Artikulacijske vaje

Artikulacijske vaje za otroke z Downovim sindromom so potekale na OŠ Dragotina Ketteja v posebni učilnici od 18. marca do konca maja 2016. Naloge med dijaki so bile razporejene tako, da sta dva dijaka izvajala aktivno artikulacijske vaje z dvema otrokoma. Eden od dijakov je bil zadolžen za snemanje video posnetkov zaradi pridobitve video dokumentirane raziskave in zaradi pridobitve podrobne analize jezikovnega napredka otrok - od vaje do vaje. Ostali dijaki iz skupine so bili zadolženi za izpolnjevanje ocenjevalnih listov, s katerimi so pri vsakem srečanju z otroci na vajah ocenjevali z ocenjevalnimi lestvicami od 1-5 naslednje postavke pri otrocih: odzivnost, koncentracija, spomin, izgovorjava besed, razumevanje naloge, sodelovanje, ritmični in melodični posluh, frekvenca glasu (glasovni razpon).

Vsaka vaja je potekala na podoben način in je vključevala naslednje elemente:

- *Uvodni del vaje:* začetna sproščujoča igra z otroci;
- *Glavni del vaje:* seznanitev otroka z novim predmetom/živaljo - artikulacijska vaja s pomočjo video posnetka, vendar brez glasbe (pesmice).

Video posnetek (brez glasbe) s trajanjem od približno 25 sekund za artikulacijske vaje je bil osmišljen tako, da vsebuje vedno isti nabor nalog:

- otrok na sliki poimenuje predmet/žival,
- dijak-mentor popravlja izgovorjavo otroka,
- otrok posluša zvočni posnetek s pravilno izgovorjavo videnega predmeta/živali,
- otrok poskuša še enkrat poimenovati na sliki isti predmet/žival,
- dijak-mentor popravlja izgovorjavo otroka,
- otrok še enkrat posluša zvočni posnetek s pravilno izgovorjavo predmeta/živali,
- dijak-mentor in otrok skupno poimenujeta na koncu še enkrat isti predmet/žival.
- *Zaključni del vaje:* utrjevanje predmeta/živali s pomočjo pesmice, ki vključuje v svojem besedilu predmet/žival, že viden/-o v video posnetku za artikulacijsko vajo.

Vključevanje besed s težavnimi soglasniki (l, m, n, k, g, č, c) v kitice, ki naj bi se pele ob ritmično in melodično nezahtevni melodiji, naj bi otrokom omogočalo utrjevanje izgovorjave težavnih soglasnikov. Dijaki so se odločili, da same kitice s svojo vsebino niti ne bi bile preveč smiselne. Pogoj za njihovo ustvarjanje je bil, da je prisotna rima

in besede iz predhodno že videnega video posnetka ter da se besedilo ujema z melodi-
jo. V ta namen so nastale kitice, od katerih so prikazane spodaj samo nekatere:

*Lev je šel na ladjo,
Lev je šel na ladjo,
S sabo vzel je lonec,
Limono pa za konec!*

*Lisica je šla na ladjo,
Lisica je šla na ladjo,
S sabo vzela lonec,
Likalnik pa za konec!*

*Miška je šla na ladjo,
Miška je šla na ladjo,
S sabo vzela lonec,
Mačko pa za konec!*

*Medved je šel na ladjo,
Medved je šel na ladjo,
S sabo vzel je lonec,
Metulja pa za konec!*

*Muha je šla na ladjo,
Muha je šla na ladjo,
s sabo vzela lonec,
mulo pa za konec!*

*Gazela šla na goro,
Gazela šla na goro,
S sabo vzela gobo,
Gosko pa za konec!*

Primer pesmice skupaj z besedilom pa je podan spodaj v sliki 1.

Slika 1: Pesmica za artikulacijsko vajo

Lev je šel na la - djo, lev je šel na la - djo,

5 s - sabo vzel je lo - nec in li - zi - ko za ko - nec!

Kot je razvidno iz glasbenega primera, je pesmica napisana v zelo nizki legi (tonaliteta A-dur in začetek pesmice na noti mali a). Na praktičnih urah strokovnega modula Glasbeno izražanje so potekale številne diskusije glede uporabe ustrezne tonalitete in začetnega tona. Končna odločitev glede tonalitete in začetnega tona pesmice je izhajala iz ugotovitev pridobljenih: a) ob pregledovanju strokovne in znanstvene literature, ki obravnava petje otrok in odraslih z Downovim sindromom, ter b) ob gledanju razpoložljivih video posnetkov s petjem otrok in odraslih z Downovim sindromom.

V prvem in drugem primeru razpoložljivih virov je bilo dijakom jasno, da je zaradi nizke frekvence glasu, ki je prisotna tako pri fantkih kot tudi pri deklicah (Albertini idr., 2010; Moura idr., 2008; Pryce, 1994), in ki se je pokazala tudi pri obeh otrok – testirancev, treba spustiti začetni ton pesmice bistveno nižje, kot je to običajno pri otrocih iste starosti, ki nimajo Downovega sindroma. Obseg glasu pri otrocih, ki nimajo Downovega sindroma, je bistveno višji in so pesmice za petje prav tako višje postavljene (okvirno od tona c1 do tona c2).

5 Rezultati

Pri artikulacijskih vajah sta sodelovala dva otroka, deklica in fantek, oba stara osem let. Pri obeh je bil diagnosticiran Downov sindrom. Na vseh vajah so se pri deklici in fantku kazali različni značaji in osebnosti, od skrajnje sramežljivosti pri deklici do razposajenosti in impulzivnosti pri fantku. Ne glede na razlike, sta oba na vseh vajah dajala vtis, da sta zelo zadovoljna in vesela otroka in da izhajata iz družin, ki spodbujata njihov razvoj.

Oba otroka sta pokazala pripravljenost za sodelovanje na vseh vajah, nekoliko manj mogoče na prvi vaji. Razlogi temu bi lahko bila sprememba prostora, kjer je potekala vaja, druge osebe, na katere še niso navajeni, uporaba tehnologije (računalnik, zvočnik ...), ki sta drugačna kot v njihovi učilnici, drugačne naloge od tistih, na katere so navajeni ipd.

Oba otroka sta pokazala, da imata probleme z izgovorjavo soglasnikov, ki je bila manj izražena pri fantku kot pa pri deklici. Zlasti so se pokazale težave pri deklici z izgovorjavo soglasnika »l« v kombinaciji z ostalimi soglasniki (na primer v besedi »lutka« ali »labod«). Glede na ocenjevalne liste in na video dokumentiran material je največji napredek pri izgovorjavi težavnih soglasnikov pokazal fantek.

Pri deklici se je pokazal slabši napredek, ki je mogoče pogojen s slabšim pomnjenjem (kratkoročnim in dolgoročnim) in nekoliko manjšo odzivnostjo na naloge. Deklica je pokazala pri drugi in tretji artikulacijski vaji, da se ne more spomniti določenih besed (labod, lutka, tiger, gazela ...) in v primeru, da si jih je zapomnila, jih je izgovarjala narobe, na primer »abod«, »boda«, »bod« namesto labod. Glede na opisano je deklica imela na drugi in tretji vaji še dodatno stimulacijo in rekapitulacijo vsebin, ki so bile obdelane sicer že pri prvi vaji.

Dijaki – mentorji so pri artikulacijskih vajah uporabljali tudi sistem KPK (s kretnjami podprto komunikacijo) zaradi tega: a) da bi lažje ponazorili težje besede, ki naj bi si jih otroka zapomnila, b) da bi lažje ponazorili besedilo v sami pesmici (oziroma opravila v pesmici kot je na primer »šel je na ladjo«, »vzel je lonec« ...) in c) da bi omogočili kognitivno predelavo novih predmetov/živali.

Čprav se uporablja KPK bolj pri pred-govornem spodbujanju majhnih otrok z Downovim sindromom, se kaže njegova uporabnost tudi pri starejših otrocih (Wilken in Jurišić, 2012). Na sistem KPK se je spet bolje odzival fantek, ki je kazal dokaj višjo pripravljenost za upodabljanje opravil/predmeta/živali s pomočjo kretnje, za razliko od deklice, ki je raje iskala zavetje v objemu dijakinje in se začela odzivati na ta sistem šele pri zadnjih, tretjih artikulacijskih vajah. Razlog temu bi lahko bila tudi motorična sposobnost, ki je bila večja pri fantku in slabša pri deklici, ki je kazala tudi nekoliko slabšo koordinacijo rok.

Pri petju pesmice se je pokazalo pri deklici presenetljivo dober melodični in ritmični posluš. Deklica je, čeprav zelo tiho, pela ob predvajani pesmici in sledila skoraj intonativno čisto melodiji. Čeprav ni pokazala pretirano zanimanje za artikulacijske vaje s pomočjo video posnetka brez glasbe, je pri utrjevanju artikulacije s pomočjo glasbe pokazala pozornost in zadovoljstvo, kar je bil pričakovani odziv. Namreč, raziskave na področju glasbe kot terapijskega pripomočka pri razvoju otrok z Downovim sindromom kažejo, da se otroci ob poslušanju glasbe ali pri aktivnem udejstvovanju v glasbenih dejavnostih počutijo srečno, zadovoljno, sproščeno, varno in sprejeto (Caf, 2008; Dewhurst-Maddock, 1999; Fratnik Kobe, 2009; Kobe, 2009).

Fantek v nobeni od artikulacijskih vaj ni pokazal zanimanje za petje, čeprav se je gibal ritmično ob predvajani glasbi. V primeru, da je poskušal peti, je njegovo petje bilo dejansko kričanje besedila pesmice, popolnoma neartikulirano, brez kakršne koli višine tona ali razlike v dinamiki. Edini glasbeni parameter, ki je bil prisoten, je bil dokaj močno poudarjen ritem, za katerega je fantek pokazal občutek.

Oba otroka sta pokazala pri navadnem pogovoru zelo nizko frekvenco glasu, kar je bilo prav tako pričakovano glede na izsledke iz številnih raziskav o glasu otrok z Downovim sindromom, ki kažejo, da je nizka frekvenca glasu lahko posledica zmanjšanega glasovnega razpona, neenakomernega tresenja glasilk, drugačne oblike nosnih votlin, zmanjšane gibljivosti jezika in prevladujočega trebušnega dihanja (Martin idr., 2010; Wilken in Jurišić, 2012).

6 Zaključek

Čprav je bil osnovni namen uvajanja glasbene terapije znotraj strokovnega modula Glasbeno izražanje prikazati dijakom vrednost glasbe kot terapijskega sredstva na predšolski vzgoji, se je v šolskem letu 2015/2016 ponudila priložnost, da se ta ideja še dodatno oplemeniti z implementacijo te vsebine v raziskovalni proces.

Avtorica se je odločila za ta korak na podlagi smernic podanih s strani Sveta za izobraževanje, mladino, kulturo in šport (EYCS) in na podlagi lastnega prepričanja, da mora poučevanje vseskozi iti v smeri iskanja inovativnega pristopa, pri čemer naj bi bil glavni poudarek na iskanju in razvijanju potenciala vsakega posameznika.

Čas, ki je bil namenjen za raziskavo v tem prispevku, je bil kratek in pogojen s številom ur, ki so bile na razpolago v strokovnem modulu. Ne glede na to so dijaki skupaj z avtorico uspeli prebroditi številne prepreke in težave v raziskovalnem procesu ter na koncu uspešno zaključiti samo raziskavo. Dijaki so se preizkusili v samostojnem iskanju in prebiranju strokovne in znanstvene literature, ob tem pa so še utrjevali svoje znanje tujega jezika, glede na to, da je kar nekaj člankov bilo napisanih v angleškem jeziku.

Dijaki so dobili vpogled v vse korake raziskovalnega procesa in bili nemalokrat postavljeni pred dejstvo, da morajo samostojno ali znotraj skupine dijakov pripraviti kvalitetni material in didaktična sredstva, če želijo izvajati raziskavo. Prav tako so se naučili hipotetičnega razmišljanja ter analitičnega pristopa k pridobljenemu materialu iz raziskave.

Glasbena terapija, katere so se dijaki dejansko samo na kratko dotaknili, je marsikaterem dijaku odprla drugačno dožemanje njihove bodoče stroke, vzgojitelja predšolskih otrok in jim odprla možno smernico na njihovi profesionalni poti kot bodočega glasbenega terapevta, ki bi s svojim delovanjem marsikateremu otroku olajšali težave in prav tako zapolnili primanjkljaj kvalificiranih glasbenih terapevtov na slovenskem prostoru. V letu 2016 so bili v Sloveniji samo štirje kvalificirani glasbeni terapevti.

LITERATURA

1. Abbeduto, L., Warren, S. in Connors, F. (2007). Language development in Down Syndrome from the prelinguistic period to the acquisition of literacy. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 13, 247–261.
2. Albertini, G., Bonassi, S., Dall'Armi, V., Giachetti, I., Giaquinto, S. in Mignano, M. (2010). Spectral analysis of the voice in Down Syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 31 (5), 995–1001.
3. Barker, J. (1999). Singing and music as aids to language development, and its relevance for children with Down syndrome. *Down Syndrome News and Update*, 1 (3), 133–135.
4. Birkenshaw, L. (1994). *Music for fun, music for learning*. USA: MMB Music.
5. Buckley, S. (2006). Music, music therapy, musical abilities and the role of music in the lives of children and adults with Down syndrome. *Down Syndrome News and Update*, 5 (2), 53–53.
6. Buckley, S. in Le Prevost, P. (2002). Speech and language therapy for children with Down syndrome. Pridobljeno, s <https://www.down-syndrome.org/practice/171/practice-171.pdf>.
7. Caf, B. (2008). Glasbena in gibalno-plesna terapija pri delu z otroki s posebnimi potrebami. *Glasba v šoli in vrtcu*, 13 (2/3), 46–54.
8. Chapman, R. S. (2001). Language, cognition and short-term memory in individuals with Down syndrome. *Down Syndrome Research nad Practice*, 7 (1), 1–8.
9. Colleen, D. O. (2012). Down Syndrome And Language Development. Pridobljeno, s http://opensiuc.lib.siu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1238&context=gs_rp.
10. Dewhurst-Maddock, O. (1999). Zdravilna moč glasbe in zvoka. Ljubljana: Tangram.

11. Fratnik Kobe, N. (2009). Glasbena terapija pri osebah s posebnimi potrebami. Štanjel: Samozaložba.
12. Golubović, S. (2009). Razvojni jezički poremećaji. Savez društva defektologov Srbije.
13. Jarrold, C. in Baddeley, A. (2001). Short-term memory in Down syndrome: Applying the working memory model. *Down Syndrome Research nad Practice*, 7 (1), 17–24.
14. Jenkins, A. (2001). How (or whether?) to integrate research into classroom teaching for all students and all higher education institutions. *Innovations in Undergraduate research and Honors Education: Proceedings of the Second Schreyer National Conference 2001*.
15. Kemper, K. J. in Danhauer, S. C. (2005). Music as Therapy. Pridobljeno, s http://www.musictherapy.org/assets/1/7/MT_Young_Children_2006.pdf.
16. Kumin, L. (2003). *Early Communication Skills for Children with Down syndrome*. Bethesda: Woodbine House.
17. Littlejohn, S. in Foss, K. (2008). *Theories of human communication* (9. izdaja). Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
18. Loewy, J. (2004). Integrating music, language and the voice in music therapy. *Voices*, 4 (1).
19. Martin, G. E., Klusek, J., Estigarribia, B. in Roberts, J. (2010). Language Characteristics of Individuals with Down Syndrome. Pridobljeno, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2860304/>.
20. Mercado, C. S. (2004). Community music therapy for citizens with developmental disabilities. *Voices*, 4 (3). Pridobljeno, s <https://voices.no/index.php/voices/article/view/185/144>.
21. Mihelač, L. (2009). *Komunikacija z glasbo*. Ljubljana: GZS, Center za poslovno usposabljanje.
22. Moura, C. P., Cunha, L. M., Vilarinho, H., Cunha, M. J., Freitas, D., Palha, M., Puschel, S. M. in Pais-Clemente, M. (2008). Voice Parameters in Children With Down Syndrome. *Journal of Voice*, 22 (1), 34–42.
23. Price, M. (1994) The voice of people with Down's syndrome: An EMG biofeedback study. *Down Syndrome Research nad Practice*, 2 (3), 106–111.
24. Rainey-Perry, M. M. (2003) Relating improvisational music therapy with severely and multiply-disabled children to communication development. *Journal of Music Therapy*, XL (3), 227–246.
25. Report to UNESCO of the International Commission of Education for the Twenty-first Century (Treasure within). Pridobljeno, s http://www.unesco.org/education/pdf/15_62.pdf.
26. Rondal, J. A. in Buckley, S. (2003). *Speech and Language Intervention in Down Syndrome*. London: Whurr Publishers, Ltd.
27. Valenčič Zuljan, M. in Vogrinc, J. (2010). *Facilitating Effective Student Learning through Teacher Research and Innovation*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
28. Wigram, T., Pederson, I. N., in Bonde, L. O. (2002). *Comprehensive guide to music therapy: Theory, clinical practice, research and training*. UK: Jessica Kingsley Publishers.
29. Wilken, E. in Jurišič, B. D. (2012). Jezikovno spodbujanje otrok z Downovim sindromom: z izčrpnim prikazom KPK sistema – s kretnjami podprte komunikacije. Ljubljana: Sekcija za Downov sindrom pri Društvu Sožitje: Pedagoška fakulteta.
30. Wilmot, C. (2004). *Sound communication music for teaching oral language skills: Activities for teachers and therapists*. Australia: Music Therapy Matters.
31. Zatorre, R., Belin, P. in Penhune, V. B. (2002). Structure and function of auditory cortex: Music and speech. *TRENDS in Cognitive Science*, 6 (1), 37–46.

Multimorbidnost pri sladkornih bolnikih

UDK 616.379-008.64

KLJUČNE BESEDE: sladkorna bolezen, periferna arterijska bolezen, depresija, osteoartritoza, multimorbidnost

POVZETEK - Sladkorna bolezen je samostojen dejavnik tveganja za aterosklerozo, ki za 1.5 do 3-krat povečuje incidenco srčno-žilnih zapletov. Cilj naše raziskave je bil ugotoviti razliko v pogostosti perifernih arterijskih bolezni, ishemične bolezni srca, varic, depresije in osteoartritoze med diabetiki in zdravimi preiskovanci. Raziskavo smo opravili v občini Metlika. V testni skupini je bilo 220 diabetikov, starih med 26 in 87 let, od tega 96 M, 126 Ž. Kontrolna skupina, ki je imela 220 preiskovancev brez diabetesa, je bila primerljiva s testno po starosti, spolu in poklicu. Periferno arterijsko bolezen smo diagnosticirali s pomočjo ultrazvočnega doplerskega detektorja, medtem ko smo varice ugotavljali s kliničnim pregledom. Ishemično bolezen srca smo ugotavljali s pomočjo EKG in določanja troponina v krvi. Osteoartritozo smo diagnosticirali na podlagi klinične slike in rentgenskega izvida, medtem ko smo med depresivne bolnike uvrstili paciente, ki so jemali antidepresivna zdravila. Periferno arterijsko bolezen smo diagnosticirali pri 39.1 % diabetikov in 8.6 % preiskovancev kontrolne skupine ($p < 0.001$), medtem ko smo ishemično bolezen srca ugotovili pri 24 % diabetikov in 12 % preiskovancev kontrolne skupine ($p < 0.01$). Depresija je ugotovljena pri 15 % sladkornih bolnikov in 3.6% preiskovancev brez diabetesa ($p < 0.001$). Razlika v prevalenci osteoartritoze in varic med testno in kontrolno skupino ni bila statistično pomembna. V prispevku razpravljamo o vlogi družinskega zdravnika v celostni obravnavi, diagnostiki in zdravljenju multimorbidnih bolnikov.

UDC 616.379-008.64

KEY WORDS: diabetes mellitus, peripheral arterial disease, depression, osteoarthritis, multimorbidity

ABSTRACT - Diabetes mellitus is an independent risk factor which increases cardiovascular morbidity and mortality by 1.5 – 3 times. The aim of this study was to determine the difference in the frequency of peripheral arterial disease, ischemic heart disease, varicose veins, depression and osteoarthritis between diabetic patients and healthy subjects. The research was carried out in Metlika. The test group included 220 diabetic patients (94 male, 126 female patients, age: 26-87). The control group consisted of 220 patients without diabetes, who were comparable to the test group by age, gender, and profession. The peripheral arterial disease was diagnosed using Doppler ultrasound, whereas varicose veins were diagnosed clinically. The ischemic heart disease was diagnosed using electrocardiogram and blood troponin concentration. Osteoarthritis was diagnosed clinically and using roentgenogram. Depression was diagnosed according to which patients were taking antidepressants. The peripheral arterial disease was diagnosed in 39.1% of patients with diabetes mellitus and in 8.6% of the control group ($p < 0.001$). Depression was diagnosed in 15% of diabetic patients and 3.6% of the control group ($p < 0.001$). There was no significant difference between the diabetic and control groups in prevalence of varicose veins and osteoarthritis. The paper analyses the role of general practitioners in multimorbidity diagnosis and treatment.

1 Uvod

V razvitih državah sveta, kot tudi v Sloveniji se soočamo s porastom kroničnih bolezni, zaradi zmanjšanja števila rojstev, starajoče se populacije in tveganj, ki so povezana z življenjskim slogom. Kronične nenalezljive bolezni (KNNB) zaradi pogostosti pojavljanja, kroničnega poteka, dolgotrajnega zdravljenja, invalidnosti in mortalitete so pomemben socialno-medicinski problem. Podatki kažejo, da KNNB predstavljajo največji delež bremena bolezni v Evropi in so odgovorne za 86 % smrti (Barnet idr., 2012; Melis idr., 2014). S podaljšanjem življenjske dobe narašča število kroničnih

stanj pri posamezniku, kot tudi sočasno pojavljanje dveh ali več kroničnih bolezni oziroma stanj, kar imenujemo multimorbidnost. V naši raziskavi o diabetesu (Mlačak idr., 2004) smo obravnavali problem sočasnega pojavljanja bolezni oziroma bolezenskih stanj, ki so ozko, patogenetsko povezane z diabetesom, kot so zapleti na perifernih in srčnih arterijah. Cilj sedanje raziskave je bil ugotoviti dejavnike tveganja za srčno-žilne bolezni ter prevalenco periferne arterijske bolezni (PAB) in ishemične bolezni srca (IBS) v skupini diabetikov in kontrolni skupini. Hkrati smo želeli ugotoviti razliko v številu registriranih bolnikov z depresijo in osteoartrozo med testno in kontrolno skupino.

2 Preiskovanci in metode

Raziskava je zajela dve skupini preiskovancev. V testni skupini je bilo 220 bolnikov z diabetesom tip 2, ki so registrirani v referenčni ambulanti Zdravstvenega doma v Metliki, med 26. in 87. letom starosti, povprečna starost je bila 64 let, od tega je bilo 94 moških in 126 žensk. Uporabili smo metodo vzporejanja vezanih parov, tako da je v kontrolni skupini bilo tudi 220 preiskovancev, ki so imeli vrednost glukoze v krvi na tešče 5,6 mmol/L ali nižje. Vsakemu bolniku z diabetesom tipa 2 smo našli njegov par, najbližjega soseda po mestu bivanja, približno iste starosti (± 1 leto), spola in po možnosti z enakim poklicem. Skupini sta bili primerljivi po starosti, spolu in kraju bivanja. Kriteriji za diagnozo ishemične bolezni srca so bili: 1. Preboleli infarkt srca, 2. Klinično diagnosticiran in elektrokardiografsko potrjen miokardni infarkt ter 3. Zvečane vrednosti označevalca mišične nekroze v krvi (troponin) (Mlačak, 2002). Za EKG abnormalnosti, definirane po kodu Minnesota smo imeli: pomemben Q in QS zobec in descendentna ali žlebasta denivelacija veznice ST za 1 mm ali več. PAB na spodnjih udih smo diagnosticirali s pomočjo ultrazvočnega doplerskega detektorja. Sistolični tlak na nadlahti smo merili s pomočjo živosrebrnega tlakomera po Riva-Rocciju, medtem ko smo tlak na arterijah stopal merili s pomočjo ultrazvočnega doplerskega detektorja. Gleženjski indeks (GI) podaja razmerje med vrednostjo arterijskega tlaka, izmerjenega na gležnju (a. dorsalis pedis in a. tibialis posterior) in vrednostjo sistoličnega arterijskega tlaka, izmerjenega na nadlahti. Višino gleženjskega indeksa od 0,91 do 1,30 smo vrednotili kot normalen rezultat, medtem ko smo vrednosti GI 1,31 in več imeli za mediokalcinozo. Za patološko vrednost pri PAB smo imeli vrednost gleženjskega indeksa $\leq 0,9$. Za varice, krčne žile smo imeli vrečaste ali okroglaste razširitve ven v povirju vene safene magne in parve (trunskusne varice), njunih številnih stranskih vej (retikularne varice) ter zbirnih ven in venul kože in podkožja (metličaste varice ali teleangiektazije). Podatke o bolnikih z depresijo in osteoartrozo smo dobili iz zdravstvenih kartonov. Če je pacient jemal antidepresive, smo ga imeli za bolnika z depresijo. Diagnoza osteoartraza (artraza perifernih sklepov, kolen in kolkov) je postavljena na podlagi klinične slike, simptomov in rentgenskega izvida. Mikroalbuminurija je diagnosticirana v primeru, ko so bile vrednosti albumina v vzorcu jutranjega urina zvišane, patološke. Za patološko vrednost smo imeli albumin: kre-

atinin kvocient $>2,5$ mg/mmol, kar ustreza izločanju albuminov $30 \mu\text{g}/\text{min}$ (Mlačak, 2004, Košnik et al.2011).

Med hipertnike smo uvrstili paciente, ki so verificirani v ambulantnih kartonih in osebe, ki se zdravijo zaradi povišanega krvnega tlaka, ne glede na to, ali s v trenutku pregleda bile normotenzivne ali hipertenzivne.

V to skupino smo zajeli tudi preiskovance, ki so imeli pri treh merjenjih v različnih časovnih presledkih najmanj dvakrat povišan krvni tlak. Kriteriji za povišan krvni tlak so bili naslednji: za povišan sistolični tlak smo imeli, če je znašal $140 \text{ mm}/\text{Hg}$ ali več, za povišan diastolični tlak pa smo imeli tlak, ki je znašal $90 \text{ mm}/\text{Hg}$ ali več. V obdelavo smo vzeli samo registrirane diabetike. Med kadilce smo uvrstili vse osebe, ki kadijo, ne oziraje se na število pokajenih cigaret na dan. Debelost smo določili s pomočjo indeksa telesne mase (ITM). ITM je kvocient telesne teže, izražene v gramih, in kvadrata višine, izražene v centimetrih.

Normalna vrednost indeksa je od 2,2 do 2,4, tako da so v skupino »debeli« uvrščene osebe z vrednostjo indeksa, večjo od 2,4 in v skupino »zelo debeli« tiste z vrednostjo ITM, večjo od 3. Kri za ugotavljanje ravni fibrinogena in maščob smo vzeli 12 ur po zadnjem obroku. Pri določanju hiperlipidemije in ravni fibrinogena smo opravili enkratno meritev. Za hiperholesterolemijo smo imeli, če je bila raven skupnega holesterola večja od $5,2 \text{ mmol}/\text{L}$, medtem ko se je hipertrigliceridemija pokazala, če je raven trigliceridov v plazmi večja od $2,30 \text{ mmol}/\text{L}$. Raven fibrinogena v plazmi nad $3,0 \text{ g}/\text{L}$ smo imeli za povečano. S pomočjo testa hi-kvadrat smo določili razlike v zastopanosti dejavnikov tveganja za aterosklerozo med testno (bolniki z diabetesom) in kontrolno skupino. Z isto metodo smo testirali razlike v prevalenci PAB, ishemične bolezni srca, varic, depresije in osteoartroze med obema skupinama.

3 Rezultati

Na tabeli 1 je prikazana pogostost dejavnikov tveganja za aterosklerozo pri diabetikih in v kontrolni skupini.

V skupini bolnikov z diabetesom najdemo pomembno večje število oseb s hipertenzijo ($p < 0,01$), hiperholesterolemijo ($p < 0,01$), zvišano telesno težo ($p < 0,05$), fibrinogenemijo ($p < 0,001$) in mikroalbuminurijo ($p < 0,001$).

Na tabeli 2 je prikazana pogostost nekaterih bolezenskih stanj pri diabetikih in v kontrolni skupini.

Pri diabetikih smo ugotovili pomembno večje število bolnikov s periferno arterijsko boleznijo ($p < 0,001$), ishemično boleznijo srca ($p < 0,01$) in depresijo ($p < 0,001$), medtem ko nismo ugotovili razlike v prevalenci osteoartroze in varic med obe skupini.

Tabela 1: Pogostost dejavnikov tveganja pri diabetikih (N = 220) in pri kontrolni skupini (N = 220)

<i>Dejavniki tveganja</i>	<i>Diabetes %</i>	<i>Kontrola %</i>	<i>Značilnost razlik P<</i>
Kajenje	15,0	17,3	NS
Hipertenzija	61,0	40	0,01
Hiperholesterolemija	75	55	0,01
Zvišana telesna teža	81,4	70,9	0,05
Fibrinogen	52,7	30	0,001
Mikroalbuminurija	32,3	10,9	0,001

Tabela 2: Pogostost nekaterih bolezenskih stanj pri diabetikih (N = 220) in pri kontrolni skupini (N = 220)

<i>Bolezni</i>	<i>Diabetes %</i>	<i>Kontrola %</i>	<i>Značilnost razlik P<</i>
Periferna arterijska bolezen	39,1	8,6	0,001
Ishemična bolezen srca	24	12	0,01
Depresija	15	3,6	0,001
Osteoartrza	35,5	32,3	N. S.
Krčne žile	68,6	71	N. S.

4 Razprava

Naša raziskava je potrdila zastopanost velikega števila dejavnikov tveganja za aterosklerozo pri bolnikih testne in kontrolne skupine. Pri sladkornih bolnikih smo registrirali pomembno večje število hipertnikov, debelih oseb, oseb s hiperlipidemijo in z zvečano koncentracijo fibrinogena v krvi. Hkrati smo ugotovili pri diabetikih pomembno večje število periferne arterijske bolezni in ishemične bolezni srca. To razlagamo z dejstvom, da je diabetes mellitus pomemben, neodvisen dejavnik tveganja, ki združen z drugimi dejavniki pospešuje razvoj mikro in makroangiopatije. Namreč sladkorna bolezen je najpogostejša endokrina bolezen, ki največkrat prizadene periferne in koronarne arterije (Diederich idr., 2010). Posebej so ogroženi sladkorni bolniki z mikroalbuminurijo, ki je izraz diabetične nefropatije. Slednje razvije 35 do 40 % bolnikov, ki pa močno zapadajo aterosklerotičnim zapletom. Skupni imenovalc nefropatije in ateroskleroze je genetsko pogojeno pomanjkanje heparan-sulfat proteglkana v žilni steni s posledično večjo občutljivostjo arterijske stene na kvarne učinke dejavnikov tveganja. Na podlagi skupne analize podatkov večjega števila raziskav sta incidenca in prevalenca kardiovaskularnih zapletov pri diabetikih 1,5 – 3 krat večja kot v splošni populaciji (Fras in Jug, 2016; Empter idr., 1990; Gabrovec in Zaletel, 2016). Diabetiki nimajo pogosteje varic na spodnjih udih v primerjavi z osebami z normoglikemijo, saj se patofiziološki procesi povezani z diabetesom ne vpletajo in ne vplivajo na nastanek varic. Znani dejavniki tveganja za nastanek varic, kot so dednost, ženski hormoni in starost niso pogostejši pri sladkornih bolnikih in je logično, da ne

obstaja razlika v prevalenci varic med diabetiki in nediabetiki (Empter idr., 1990; Mlačak, 2002). Specifični zdravstveni problem bolnikov s sladkorno boleznijo je sočasno pojavljanje drugih bolezenskih stanj (komorbidnost), ki so etiopatogenetsko povezane z diabetesom kot so aterosklerotični zapleti v makrocirkulaciji (IBS, PAB, možganska kap) in v mikrocirkulaciji (nefropatija, retinopatija, polinevropatija) ter druge bolezni kot so revmatične bolezni, krčne žile, psoriza (multimorbiditet). Ob tem poudarjamo, da so v preteklosti avtorji definirali komorbidnost kot sočasno pojavljanje somatske bolezni (diabetes) in duševnega stanja (depresija), ali diabetesa in žilnih zapletov (nefropatija, retinopatija). Danes večina avtorjev uporablja izraz komorbidnost in multimorbidnost kot sinonima in definira kot dve ali več bolezni pri eni osebi ne oziraje na mehanizme sopojavnosti (Gabrovec in Zaletel, 2016). V naši raziskavi smo ugotovili več depresivnih bolnikov med diabetiki. Dokaze o obojestranski povezavi med depresijo in sladkorno boleznijo so potrdile velike prospektivne raziskave. Sočasna depresija je povezana s povečanim tveganjem za slabše nadzorovano glikemijo, zaplete sladkorne bolezni in smrtnost. Po drugi strani so dokazali, da so zapleti sladkorne bolezni dejavnik za kasnejši razvoj depresivnih epizod (Katon idr., 2010; Okamura idr., 2010 in Lustman idr., 2006). Natančni mehanizmi visoke stopnje povezave med depresijo in sladkorno boleznijo verjetno vključujejo biološke in psihološke dejavnike in patofiziološke procese, ki se med seboj prepletajo. Med dejavnike, ki vplivajo na povečano aktivnost hipotalmo-hipofizno adrenalne osi (HHA), sodijo genetsko pogojeno uravnavanje presnove, prehrana v zgodnjem otroštvu, stresni dejavniki iz okolja (stiska v otroštvu, socialno ekonomske težave pri odraslih) in sedentaren način življenja, ki je povezan z debelostjo. Kronična funkcionalna hiperkortizolemija in kronična aktivacija simpatičnega živčnega sistema sta povezani s patofiziološkimi procesi, ki vključujejo aktivacijo prirojenega celično posredovanega imunskega odziva, kopičenje visceralnega maščevja in inzulinsko odpornost s posledičnim razvojem sladkorne bolezni tipa 2 (Katon idr., 2010 in Lustman idr., 2006). Depresija na več načinov sodeluje pri motnjah regulacije presnove ogljikovih hidratov. Z vplivom na stresne dejavnike iz okolja, prehrano in življenjski slog poveča aktivnost HHA in vnetni odgovor na stres. Raziskave kažejo na ozko patogenetsko povezavo med depresijo in sladkorno boleznijo, ter večjo občutljivost pri nekaterih posameznikih, ki se kaže s čezmerno aktivacijo regulatornih odgovorov na stres, s posledičnimi motnjami presnove (Katon idr., 2010).

Pomembno vlogo v razumevanju povezave med depresijo in sladkorno boleznijo imajo tudi antidepresivi. Antidepresivi imajo lahko pozitiven učinek z neposrednim vplivom na patogenezo diabetesa ali indirektnim delovanjem na izboljšanje razpoloženja in posledično bolj zdravega prehranjevanja in povečanja telesne aktivnosti. Pri tem poudarjamo pomen selektivnih inhibitorjev ponovnega prevzema serotonina (SSRI), kot sta fluoksetin in sertralin, ki zmanjšujeta inzulinsko rezistenco in znižata nivo sladkorja v krvi. Najverjetnejši mehanizem delovanja poteka po centralnih serotoninskih potih, ki so pomembne pri uravnavanju vnosa hrane in izbiri zdravil (Lustman idr., 2006 in Wald in Law, 2003).

Podobno kot pri varicah, pri diabetikih nismo ugotovili več osteoartroze na malih sklepih rok (Heberdenovi in Bouchardovi vozli) kolenskih in kolčnih sklepih (artroza). Verjetno so dejavniki za razvoj osteoartroze kot so dednost, hormonski vplivi, mehanične obremenitve, staranje, presnovne spremembe v hrustancu enako prisotni pri diabetikih kot v splošni populaciji (Košnik idr., 2011; Wilkstrom idr., 2015). Vsekakor zaradi staranja in podaljševanja življenjske dobe populacije ter izboljšanja zdravstvene oskrbe, vedno večje število ljudi živi z več kroničnih boleznih, to je multimorbidnostjo: Podatki o prevalenci multimorbidnosti, ki jih navajajo posamezni avtorji (30 – 99 %) so različni in so odvisni od vzorca preučevane populacije (starost, spol, socioekonomski status), definicije multimorbidnosti in komorbidnosti in uporabljene diagnostične metode za ugotavljanje bolezenskega stanja. Če za diagnozo periferne arterijske bolezni uporabimo palpacijo pulzov na perifernih arterijah in podatek o intermitentni klavdikaciji izpustimo največji del bolnikov s PAB (Fontaine I), ki imajo hemodinamsko pomembno zožitev arterije na nogi in gleženjski indeks od 0,9. To pomeni, da je pri ugotavljanju diagnozi določenega bolezenskega stanja potrebno navesti diagnostični postopek, ker na ta način dobimo realni podatek o prevalenci preučavane bolezni. Tako dobljeni rezultati omogočajo primerljivo oziroma ugotavljanje razlik v pogostosti bolezenskega stanja med dvema skupinama oziroma med različnimi populacijami.

Dandanes že veliko vemo o etiopatogenesi določene kronične bolezni in to dejstvo omogoča etiološko zdravljenje. Pri nekaterih boleznih ne poznamo vzroke in zapleteno patofiziološko dogajanje. Še bolj so kompleksni mehanizmi sopojavnosti različnih bolezni pri eni osebi. Povezava je lahko etiološka, kauzalna kot v primeru srčne in možganske kapi, ki imajo vzrok v aterosklerozi. Tudi osebe s prebolelo možgansko kapjo so bolj ogrožene za nastanek srčen kapi in narobe. Dve ali več bolezni pri istem bolniku imajo lahko iste dejavnike tveganja, kot npr. dolgoletno kajenje pri pljučnem raku in PAB. V velikem številu primerov gre za samostojne bolezni z lastno etiopatogenezo, kot pri sopojavnosti diabetesa in osteoartroze. Najpogosteje gre za heterogenost, t.j. kombinacijo različnih bolezni z lastno etiopatogenezo, kot tudi hkratno prisotnost bolezni, ki so vzročno povezane (Košnik idr., 2011; Poplas Susič, Švab in Kernik, 2013 in Diederichs, 2010). Prevalenca multimorbidnosti je v razvitih državah visoka in s starostjo progresivno narašča, kar močno vpliva na kakovost življenja prebivalstva in vzdržnost zdravstvenih sistemov. Obravnava kroničnih multimorbidnih bolnikov narekuje integrirano komprehenzivno preventivo in holistični namesto individualnega pristopa (Gabrovec in Zaletel, 2016).

Med prebivalstvom je potrebno krepiti in spodbujati zdrav življenjski slog z namenom, da se zmanjša vpliv določenih dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih bolezni. Pri tem poudarjamo veliko vlogo socialno usmerjene države, ki mora zagotoviti socialno-ekonomsko varnost državljanov (šolanje, zaposlovanje, javno zdravstvo) in s prehransko politiko (poceni riba, perutnina, sadje, zelenjava) spodbujati zdravo prehranjevanje. Hkrati je potrebno s preventivnimi pregledi (v Sloveniji CINDI, SVIT, ZORA, DORA) odkrivati dejavnike tveganja in zgodnje oblike bolezenskih sprememb s ciljem zgodnjega zdravljenja in preprečevanja zapletov.

Pri celostni obravnavi multimorbidnih pacientov je potrebno dobro sodelovanje med specialisti različnih strok, ter usklajevanje terapije in kombinacijo farmakoloških in nefarmakoloških ukrepov. Posebej poudarjamo dejstvo, da multimorbidni bolniki praviloma niso vključeni v študije preiskovanja zdravil različnih terapevtskih skupin in je pri zdravljenju prisoten problem polifarmacije in interakcije zdravil.

Multimorbidnost je naša realnost in je zaradi tega pri celostni obravnavi kroničnih bolnikov potrebno razviti partnerski odnos med osebnim zdravnikom, družino, svojci in širšim družbenim okoljem, upoštevajoč čustveno dimenzijo pacienta. In ne nazadnje je potrebna ustrezn organizacija dela na vseh ravneh zdravstvene oskrbe in urejena medicinska dokumentacija za vodenje kroničnih bolnikov.

5 Zaključek

Sladkorna bolezen je samostojen dejavnik tveganja za ateroskleroza, ki pomembno zveča incidenco zapletov v makro in mikrocirkulaciji. Specifičen zdravstveni problem bolnikov s sladkorno boleznijo je sočasno pojavljanje drugih bolezenskih stanj (multimorbidnost), ki so etiopatogenetsko povezane z diabetesom kot so aterosklerotični zapleti v makrocirkulaciji (IBS, PAB, možganska kap) in v mikrocirkulaciji (nefropatija, retinopatija, polinevropatija) ter druge bolezni kot so duševne motnje in demenca. Poleg vzročno povezanih bolezni pridružene so lahko in druge samostojne bolezni z lastno specifično etiopatogenezo kot npr. luskavica ali osteoartraza. Epidemiološke in klinične raziskave kažejo, da diabetiki s sočasnimi boleznimi pogosteje obiskujejo izbranega zdravnika in diabetologa, pogosteje so hospitalizirani zaradi zapletov in porabijo značilno več finančnih sredstev za zdravila v primerjavi s tistimi brez komorbidnih bolezni. Celosten, integralen pristop v obravnavi sladkornih bolnikov obsega poleg trajne dobre urejenosti glikemije (redne samokontrole krvnega sladkorja, kontrole glikiranega hemoglobina) nadzor nad vsemi dejavniki tveganja značilnih za sladkorno bolezen tipa 2, ter zgodnje odkrivanje in zdravljenje sočasnih bolezni. Celovita oskrba multimorbidnega diabetika je večplastna in obsega sodelovanje med specialisti različnih kliničnih strok in usklajevanje njihovih priporočil za zdravljenje, tvorno sodelovanje s pacientom na partnerski osnovi ob upoštevanju čustvene dimenzije pacienta do primerne organizacije dela in vodenja dobro urejene zdravstvene dokumentacije.

LITERATURA

1. Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M. idr. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet*, 380 (2), 3743.
2. Diederichs, C., Berger, K. and Bartels, B. D. (2010). The measurement of multiple chronic diseases – a systematic review on existing multimorbidity indices. *Gerontology*, 10 (4), 1093–1099.
3. Emptner, M., Schaper, C. and Alexander, C. (1990). Koinzidenz von arterieller Verschlusskrankheit und chronischer Veneninsuffizienz. *Phlebologie*, 19 (3), 215–222.

4. Fras, Z. in Jug, B. (2013), Smernice za preprečevanje bolezni srca in žilja v klinični praksi – ključna sporočila in novosti. *Slov Kardiol*, 10 (1), 53–88.
5. Gabrovec, B. in Zaletel, J. (2016). Kronične bolezni z vidika multimorbidnosti. *Revija za zdravstvene vede*, 3 (1), 43–55.
6. Katon, W., Maj, M. and Sartorius, N. (2010). *Depresion and diabetes*. World psychiatric Association: Wiley – Blackwell.
7. Košnik, M., Mrevlje, F., Štajer, D., Čermelič, P., Koželj, M. idr. (2011). *Interna medicina*. 3. Izdaja. Ljubljana: Littera Picta.
8. Lustman, P. J., Clouse, R., Nix, B. idr. (2006). Sertraline for prevention of depression recurrence in diabetes mellitus. A randomized double – blind , placebo controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 63 (1), 521–529.
9. Melis, R., Marengoni, A., Angleman, S. idr. (2014). Incidence and predictors of multimorbidity in the elderly: a population-based longitudinal study. *PLoS One*, 9 (2), 103–120.
10. Mlačak, B. (2002). *Bolesti srca i krvnih žila*. Zagreb: Gandalf
11. Mlačak, B., Pavlič-Rotar, D., Ivka, B. in Krajačič, B. (2004) Periferna arterijska okluzivna bolezen in krčne žile pri diabetikih. *Zdrav Vestn*, 73 (12), 885–887.
12. Okamura, F., Tashiro, A., Utumi, A. idr. (2000). Insulin resistance in patients with depression and its changes during the clinical course of depression: minimal model analysis. *Metabolism*, 49 (5), 1255–1260.
13. Poplas-Sušič, T., Švab, I. in Kersnik, J. (2013). Projekt ambulant družinske medicine v Sloveniji. *Zdrav Vestn*, 82 (10), 635–647.
14. Rosenberg, L., Palmer, J. and Shapiro, S. (1990). Decline in the risk of myocardial infarction among women who stop smoking. *N Engl J Med*, 322 (6), 213–217.
15. Wald, N. J. in Law, M. R. (2003). A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80 %. *BMJ*, 326 (2), 1419–1424.
16. Wilkstrom, K., Lindstrom, J., Harald, K. idr. (2015). Clinical and lifestyle – Related risks factors for incident multimorbidity: 10 year follow-up Finnish population-based cohorts 1982-2012. *Eur J Intern Med*, 26 (4), 211–216.

Vloga koordinatorja zdravstvene oskrbe pri celostni obravnavi pacienta

UDK 616-083+005.51

KLJUČNE BESEDE: koordinator zdravstvene oskrbe, bolnišnica, ležalna doba, učinkovitost

POVZETEK - Zdravstvena oskrba je sestavljena iz mnogih aktivnosti, ki za učinkovito in racionalno izvedbo potrebujejo koordinacijo. Z metodo deskriptivne statistike smo analizirali podatke o hospitaliziranih pacientih na Kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice od leta 2004 do 2014. V teh letih smo zdravili 62 688 pacientov. Povprečna ležalna doba se je skrajšala od 5,65 dni leta 2004 na 3,23 dni v letu 2014 (padec za 42,8 %). V istem času je bil delež ponovnih sprejemov v povprečju 1,47 % brez trenda naraščanja. Povprečna vrednost količnika skupin primerljivih primerov je narasla od 1,445 do 1,884 (porast za 30,4 %). Učinkovitost kot količnik med vrednostjo SPP in ležalna doba se je izboljšala od 0,288 do 0,521 (porast za 80,1 %). Spremembe procesov so možne le ob optimizaciji z definiranimi standardi, ki so združeni v kliničnih poteh in koordinatorju. Na ta način smo začeli na dnevnem oddelku in nadaljevali na drugih oddelkih. Koordinator spremlja pacienta že doma, ga pripravlja na poseg in skrbi, da je ob odhodu domov optimalno pripravljen. Načrtuje in usklajuje program ter spremlja izvajanje, odklone, beleži odpadle in prenaročene paciente. Sočasno je del tima na oddelku, kjer sodeluje pri načrtovanju odpusta. S koordinacijo poskrbi, da je ležalna doba kratka in pacientov prehod od doma v bolnišnico in nazaj domov čim mehkejši.

UDC 616-083+005.51

KEY WORDS: healthcare coordinator, hospital, length of stay, efficiency

ABSTRACT - Healthcare is composed of many activities which for the effective and rational execution require coordination. With method of descriptive statistics, we analysed data of hospitalised patients in the Surgical department of Jesenice General Hospital from 2004 to 2014. During these years, we treated 62,688 patients. The average length of stay was reduced from 5.65 days in 2004 to 3.23 days in 2014 (42.8% decrease). At the same time, the proportions of re-admissions were averaged 1.47% with no upward trend. The average value of the diagnosis related groups cases rose from 1,445 to 1,884 (an increase of 30.4%). Efficiency as the ratio between the DRG value and length of stay improved from 0.288 to 0.521 (an increase of 80.1%). Changes of processes are possible only with the optimisation with defined standards, which are grouped into clinical pathways and healthcare coordinator. In this way we started the day surgery and continued at the departments. The healthcare coordinator monitors the patient at home, prepares for surgery and makes sure that they are optimally prepared for discharge. The healthcare coordinator plans and coordinates the schedule and monitors its implementation, cancelled surgeries, variances in clinical pathways and overbooked patients. At the same time, he/she is a member of the team at the department, participating in the planning of discharge. With the coordination, the hospital stay is shorter and the patient's transition from home to hospital and back is smoother.

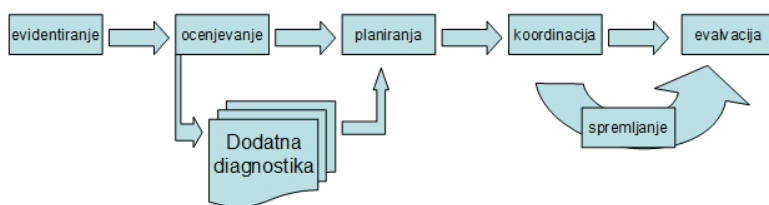
1 Teoretična izhodišča

Največji izzivi v zdravstvu so spreminjanje zdravstvene oskrbe v smeri zagotavljanja varnega in učinkovitega okolja, ki pa je hkrati tudi stroškovno učinkovit. Za takšne spremembe je potrebna integracija, ki povezuje sedanjo razdeljenost posameznih delov. Pacient s težavami vstopa v ambulanto, vendar razmišlja, da vstopa v sistem, ki mu bo zagotovil varno okolje in povrnil zdravje. Tak sistem mora biti celovit, povezan, prepleten, z zavzetimi profesionalci vseh profilov in tudi širšega okolja. Zagota-

vljanje take transformacije in integracije s koncepti in orodji pospešuje tudi Svetovna zdravstvena organizacija (WHO 2016).

Na kirurškem oddelku, kjer je večina sprejemov programskih je koordinator zdravstvene oskrbe (KZO) udeležen v vseh delih procesa od evidentiranja, planiranja, ocenjevanja, spremljanja pacienta in ostalih specifičnih funkcij, ki jih koordinacija s seboj prinese. Koordinator tako fragmentiran sistem povezuje v časovno usklajen in posledično učinkovit sistem. Ob pomembnem pacientovem dogodku je tudi njegov spremljevalec, zaupnik ter vodja po klinični poti celotnega procesa. Na ta način pacient dobi pravočasno, hitro in brez nepotrebnih čakanj izvedeno aktivnost. Igra osrednjo vlogo pri koordinaciji, pri izboljšanju kakovosti kot pri racionalnosti, pri vzpostavljanju standardov in okolja, ki vzpodbuja tako oskrbo. Ob tem seveda trči ob tipično multidisciplinarno delo, saj mora sodelovati s koordinacijo na nivoju kirurga, anesteziologa, celotne zdravstvene nege, fizioterapije, dietetike in seveda v primeru klinične potrebe tudi z vsemi ostalimi profesionalnimi skupinami oz. specialnostmi, ki dodajajo mnenja pred predvidenim operativnim posegom. Pred in po posegu vstopa tudi v prostor primarne oskrbe, saj se komunikacija prične in zaključi prav tam. Koordinator ni zgolj voditelj pacienta skozi celotni proces zdravljenja, ampak medpoklicni koordinator učinkovite zdravstvene oskrbe. Obstajajo že orodja s katerimi lahko merimo integriranost in izkušnje pacientov z oskrbo (Mira idr., 2015; Tietschert idr., 2016). Za lažje spremljanje dogajanja zunaj bolnišnice so potrebna moderna informacijska orodja, ki bi vključevala podporo koordinaciji kot samospremljanju pacientov (Samal idr., 2016).

Slika 1: Proces dela koordinatorja zdravstvene oskrbe



2 Metode

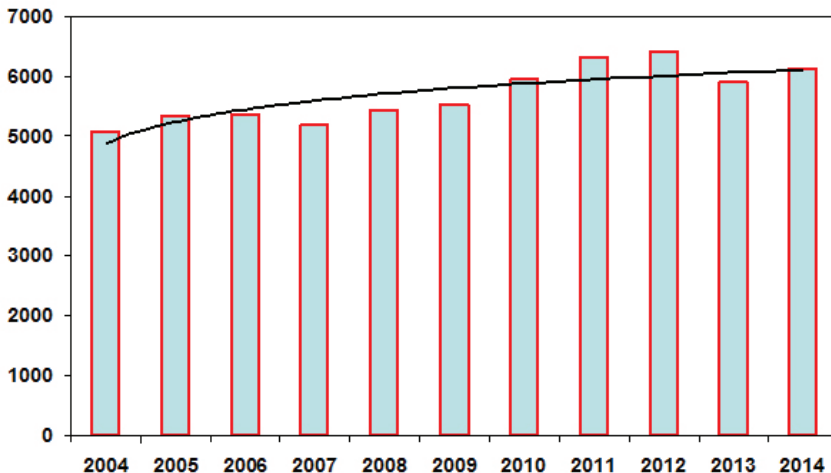
Analizirali smo delo desetih let, ko smo v proces celotne zdravstvene oskrbe vključili KZO. Deskriptivno statistično smo analizirali podatke o oskrbljenih pacientih in njihovi ležalni dobi. Ležalna doba je kazalnik, ki ne kaže zgolj čas prebit v bolnišnici, ampak opisuje spoštovanje tega pacientovega časa, kakovost organizacije in uvajanje metod zdravljenja, ki nudijo hitrejše okrevanje. Tako je ležalna doba širok kazalnik, ki prav zaradi svoje širine vključuje organizacijo procesa in koordinacijo med posameznimi deli. Analizirali smo delo na Kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice. Večina primerov je programskih in zahteva več koordinacije in medprofesionalnega sodelovanja v pripravi na poseg. Urgentni sprejemi običajno potrebujejo več koordinacije ob odpustu, posebno še ob hujših poškodbah ali boleznih. Zaradi take sestave je koordinacija kompleksna in je ležalna doba lahko pravi kazalnik o uspešnosti le te.

Z odlično koordinacijo se izboljša učinkovitost oskrbe. Učinkovit proces sledi podrobnim določilom kje, kdaj in kako kdo kaj naredi. Lahko jo definiramo tudi kot poraba najmanjše možne energije z zagotovljenim celotnim procesom. Ker imamo implementirano financiranje po SPP sistemu (skupine primerljivih primerov), lahko učinkovitost ocenjujemo tudi kot količnik med povprečno vrednostjo SPP-ja in povprečno ležalno dobo.

3 Rezultati

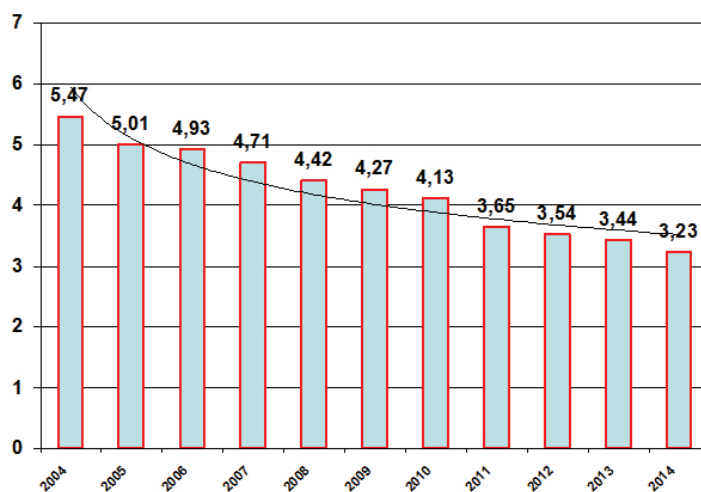
V analiziranem obdobju od 2004 do 2014 smo na Kirurškem oddelku sprejeli 62.688 pacientov. Število sprejemov po letih je prikazan v grafu 1. V grafu 2 je prikazana povprečna ležalna doba po letih. Vključeni so vsi primeri, tako urgentni kot programski, tudi primeri v Dnevni bolnišnici.

Graf 1: Število vseh sprejemov na Kirurškem oddelku SBJ po letih. Dodana je logaritmčna regresija

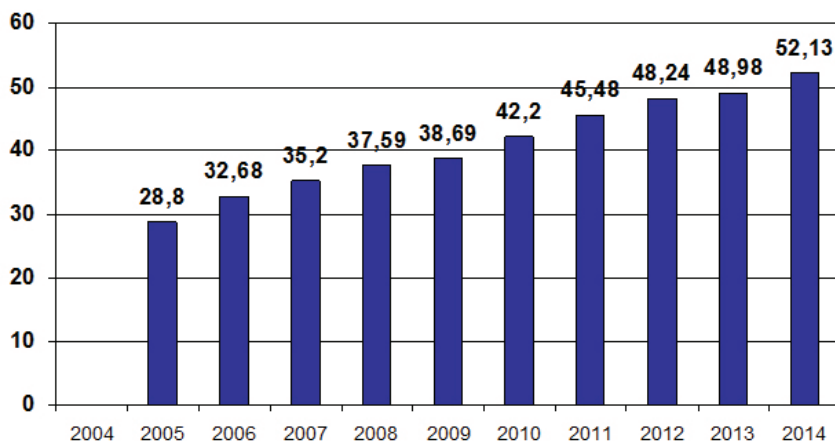


KZO smo uvajali postopoma. Prvega že leta 2003. Nadaljevali smo z naslednjimi 2005, 2006, nato 2010 in zadnjo koordinatorico 2012. Za preko 6100 pacientov letno sedaj skrbi pet redno polno zaposlenih koordinatoric, od tega ena za paciente v Dnevnom oddelku, tri na oddelkih (abdominalni, travmatološki in ortopedski) ter ena za koordinacijo v centralnem operacijskem bloku. V grafu 3. je prikazan kazalnik učinkovitosti, ki je izračunan iz povprečne uteži SPP in povprečne ležalne dobe. Kazalnik je porasel v opazovanem obdobju za 80,1 %.

Graf 2: Povprečna ležalna doba na Kirurškem oddelku SBJ po letih. Dodana je logaritmična regresija



Graf 3: Kazalnik učinkovitosti (povprečen SPP/povprečno LD) na Kirurškem oddelku



4 Razprava

Zdravstvena oskrba je učinkovita, ko je odnos med uporabljenimi vložki in doseženim obsegom ugoden. V domači literaturi je še nekaj zmede med uporabo uspešnosti (effectiveness) in učinkovitosti (efficiency), (Došenovič Bonča, 2010). Učinkovitost je lahko tehnična, ko z danimi vložki dosežemo največji možen rezultat in poslovna, ki je opredeljena s finančnimi prihodki in odhodki. V našem primeru gre za učinkovitost in uspešnost, saj so se vložki uporabljali zelo racionalno, kar kaže krajšanje ležalne dobe in povečevanje števila primerov. Ob tem je bilo delo tudi uspešno, saj se je tudi

kakovost dela izboljševala, če lahko merimo delež ponovnih sprejemov kot parameter, ki se je hkrati zmanjševal.

V tej uspešni zgodbi je centralna oseba KZO. Seveda ne gre za izolirano pozicijo, ki bi sam po sebi omogočila takšne spremembe, ampak za usklajeno procesno delovanje, ki se je pričelo z definiranjem kliničnih poti. Ustvarjanje kliničnih poti je pot dogovarjanja vseh poklicnih skupin, ki medsebojno strokovno, časovno in materialno usklajujejo potek celostne oskrbe za pacienta z določeno težavo (Rems idr., 2003). S tem smo stopili na pot spreminjanja klinične kulture, ki jo je pospešilo uvajanje drugačnega načina financiranja s skupinami primerljivih primerov. Dobre izkušnje so se uveljavile v organizaciji dnevnega oddelka, kjer se organizacijske in strokovne spremembe omogočile odpust bolnikov na dan operacije (Rems idr., 2008). Dnevno bolnišnico oziroma oddelek za dnevno obravnavo kirurških pacientov vodi diplomirana medicinska sestra, ki je samostojna pri kreiranju programa, naročanja in spremljanja pacientov. Tudi koordinatorica v operacijskem bloku skrbi, da je predaja in menjava pacientov čim bolj tekoča in varna (Rajgelj idr., 2013). Praktično sočasno smo pričeli uvajati kirurgijo s pospešenim okrevanjem (Rems idr., 2010). Gre za celostno večdisciplinarno delo, kjer se majhne spremembe seštevajo v zmanjšanje kirurškega stresa in izražajo s hitrejšim okrevanjem in krajšo ležalno dobo. Pospešeno okrevanje po operaciji mora biti povezano z odlično koordinacijo, da lahko ponudi skrajšanje ležalne dobe. Skrajševanje ležalne dobe na tak način je možen tudi pri specifičnih in kritičnih posegih kot je koronarni obvod (Chaisson idr., 2014).

Skrajševanje ležalne dobe ni odvisno samo od enega dejavnika ampak je rezultat spreminjanja kulture v delovni organizaciji v smeri optimizacije z višjo kakovostjo. V kontinuirani zdravstveni oskrbi so koordinatorji tisti, ki lahko poskrbijo tudi za komuniciranje z družinskim zdravnikom in dajejo nove možnosti v okviru telemedicine.

LITERATURA

1. Chaisson, K., Sanford, M., Boss, R. A. Jr., Leavitt, B. J., Hearne, M. J., Ross, C. S. idr. (2014). Northern New England Cardiovascular Disease Study Group. Improving patients' readiness for coronary artery bypass graft surgery. *Crit Care Nurse*, 34 (6), 29–36.
2. Došenović Bonča, P. (2010). Inovacije kot dejavnik učinkovitosti in uspešnosti bolnišnic v Sloveniji (Doktorska disertacija). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
3. Mira, J. J., Nuño-Solinís, R., Fernández-Cano, P., Contel, J. C., Guilabert-Mora, M. and Solas-Gaspar, O. (2015). Readiness to tackle chronicity in Spanish health care organisations: a two-year experience with the Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad/ Assessment of Readiness for Chronicity in Health Care Organisations instrument. *Int J Integr Care*, 23, 15.
4. Rajgelj, D., Rems, M. in Jerebic S. (2013). Ocena vloge koordinatorice v operacijskem bloku. V T. Požarnik (ur.), *Zbornik XXX: novosti na področju endoskopske kirurgije*, Plaza Hotel, 11. in 12. april 2013, Ljubljana (str. 110–116). Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti.
5. Rems, M, Tušar, S. in Mezek, M. (2003). Prve izkušnje z uvajanjem klinične poti za laparoskopsko holecistektomijo. *Endoskopska revija*, 8 (19), 36.
6. Rems, M., Dolžan Lindič, H. in Kunčič Mandelc, J. (2008). Ponovni sprejemi po operaciji v dnevnem oddelku kot kazalec kakovosti. *Bilten*, 24 (5), 173–178.

7. Samal, L., Dykes, P. C., Greenberg, J. O., Hasan, O., Venkatesh, A. K., Volk, L. A. and Bates, D. W. (2016). Care coordination gaps due to lack of interoperability in the United States: a qualitative study and literature review (p. 143). *BMC Health Serv Res*, 22 (16), 143.
8. Tietschert, M. V., Angeli, F., van Raak, A. J. A., Singer, S. J. and Ruwaard, D. (2016). Translating the Patient Perception of Integrated Care Survey to Measure Integrated Care in the Netherlands: Combining Equivalence and Contextualization Approaches for Optimal Results. *International Journal of Integrated Care*. 16 (3), 11.
9. WHO Regional Office for Europe (2016). Lessons from transforming health services delivery: compendium of initiatives in the WHO European Region.

Zahtjevnost sestrinske skrbi onkološkog pacijenta iz perspektive studentata studija sestrinstva

UDK 616-006-083+378

KLJUČNE RIJEČI: medicinska sestra, sestrinska skrb, komunikacija, onkološki bolesnici

POVZETEK - Sestrinska skrb za osobe oboljele od onkoloških bolesti je vrlo kompleksna te zahtjeva cjeloviti i individualni pristup svakom pacijentu. Na studiju sestrinstva premalo se priprema studente na složenost i zahtjevnost sestrinske skrbi na onkološkim odjelima. O zdravstvenoj njezi onkološkog bolesnika govori se tek na izbornom kolegiju. Ovim se istraživanjem htjelo vidjeti kakvi su stavovi studentata o radu s onkološkim pacijentima, njihova kompetentnost u komunikaciji s oboljelima od onkoloških bolesti i njihovim obiteljima te uvidjeti povezanost određenih varijabli s godinama studija i radnog staža. U istraživanju su sudjelovali studenti studija sestrinstva svih triju godina studija. Odgovori su bili prikupljeni pomoću ankete. Postavljene su četiri hipoteze od kojih su tri potvrđene. Rezultati istraživanja pokazali su da je edukacija o komunikaciji s onkološkim bolesnicima nedostata i da nema povezanosti između godina radnog staža i učinkovitosti komunikacije. Više od polovice studentata onkološki odjel ne smatra poželjnim radnim mjestom što se može povezati s činjenicom da većina studentata smatra kako je rad s onkološkim bolesnicima psihički najzahtjevniji za medicinsku sestru.

UDK 616-006-083+378

KEY WORDS: nurse, nursing care, communication, oncology patients

ABSTRACT - Oncology patient care from nurses' perspective is very complex and requires a comprehensive and individual approach to each patient. Nursing school students are inadequately prepared for complexity and demands of care in oncology departments. Patient care for oncology patients is covered only as an optional course. This study aims to ascertain the students' viewpoints on working with cancer patients, their competence in communication with cancer patients and their families, and to study the relationship of certain variables with the duration of study and work experience. Nursing school students attending all three years of the course participated in the study. The responses were collected using a questionnaire. Four hypotheses were set, three of which have been confirmed. The results demonstrated that the education on communication skills regarding oncology patients is inadequate and that there is no correlation between years of work experience and communication efficacy. More than half of the students consider oncology departments an undesirable workplace, which can be linked to the fact that most of the students believe that work with oncology patients is mentally most demanding for a nurse.

1 Zahtjevnost sestrinske skrbi kod onkološkog pacijenta

Medicinske sestre koje rade s onkološkim pacijentima moraju imati posebne kompetencije i osobine koje su neophodne na tom radnom mjestu (Jang, Kim i Kim, 2016). Skrb za onkološke pacijente izvor je velikog stresa za medicinske sestre. Mnoge medicinske sestre, a naročito one s kraćim radnim stažem, nisu adekvatno osposobljene za rad sa pacijentima koji imaju neizlječive bolesti kao ni njihovim obiteljima što može dovesti do sindroma sagorijevanja na poslu (Ko i Kiser-Larson, 2016). Istraživanje Deng idr. (2016) provedeno u Kini na 538 onkoloških sestara, pokazalo je kako je gotovo polovica ispitanika (čak 46,8 %) doživjelo sindrom sagorijevanja na poslu.

Kako bi se spriječio sindrom sagorijevanja, vrlo je važan timski rad, međusobna suradnja, adekvatni resursi kao i podrška obitelji i prijatelja (Russel, 2016). Kvalitativno istraživanje koje su proveli Coyne i Diepering (2016) pokazuje kako medicinske sestre poštuju i uvažavaju obitelj u skrbi za onkološkog pacijenta i trude se razumjeti probleme s kojima se obitelj nosi. Međutim, problem je što je proces procjene obitelji improviziran, neizgrađen i zato onemogućuje holistički pristup obitelji u pružanju podrške. Istraživanja uglavnom potvrđuju opću pretpostavku da su povećani zahtjevi na radnom mjestu (npr. previše poslova u prekratkome vremenu), snažno i konzistentno povezani s profesionalnim sagorijevanjem, a posebno s dimenzijom emocionalne iscrpljenosti (Maslach, Schaufeli i Leiter, 2001). Greenglas, Burke i Fiksenbaum (2001) na uzorku medicinskih sestara nalaze da je radno preopterećenje pozitivno povezano s emocionalnom iscrpljenošću koja dovodi do cinizma i somatizacije, a oni, pak, do smanjene profesionalne učinkovitosti.

U Republici Hrvatskoj od akademske godine 2014/2015 provodi se studijski program obrazovanja prvostupnica Sestrinstva kroz dva dijela; prvi zajednički dio sadrži 158 od predviđenih 180 ECTS bodova studentskog opterećenja za tri (3) godine studija što čini 87,7 % studijskih programa, a drugi dio studijskog programa – izborni kolegiji prepušteni su samostalnoj izradi nastavnog osoblja visokoobrazovnih institucija (Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta, 2013). Odjel za Biomedicinske znanosti je uvidio potrebu da se kolegij »Zdravstvena njega onkoloških bolesnika« uvrsti u izborni kolegij gdje se kroz 15 sati predavanja i 15 sati vježbi ukazuje studentima na sveobuhvatnost skrbi onkoloških pacijenata.

2 Metode

U istraživanju je sudjelovalo 60 studenata svih triju godina studija sestriinstva Sveučilišta Sjever. Za potrebe istraživanja izrađena je anketa pregledom stručne literature. Anketa se sastoji od općih pitanja, pitanja vezanih uz komunikaciju s oboljelima i njihovim obiteljima, težinu rada s onkološkim pacijentima te pitanja kojim se provjerava njihova spremnost za rad na onkološkom odjelu.

Osam pitanja bilo sa jednim mogućim odgovorom od njih više ponuđenih, a samo su dva pitanja bila sa višestrukim odgovorima. Studenti su anketu ispunili on line, pomoću Google Forms-a u periodu od 1. do 30. kolovoza 2016. godine.

Iz dobivene Excel datoteke podaci su konvertirani u SPSS datoteku i na osnovu nje izvedene su sve vrste statističkih analiza (programom SPSS verzija 17.0) Metode statističke analize koje su ovdje korištene su deskriptivne (relativni brojevi i mod kao srednja vrijednost) te inferencijalne metode statističke analize (hi-kvadrat test). Zaključci u vezi povezanosti među varijablama donošeni su na uobičajenom nivou signifikantnosti od 0,05 odnosno uz pouzdanost od 95 %.

2.1 Hipoteze

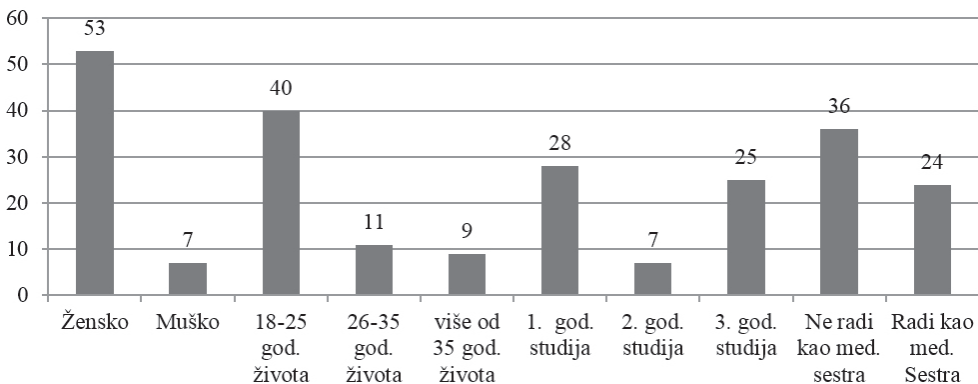
U ovome su istraživanju bile postavljene četiri hipoteze:

- *H1*: Studenti studija sestrinstva s više godina radnog iskustva lakše i učinkovitije uspostavljaju komunikaciju s onkološkim bolesnicima i njihovim obiteljima
- *H2*: Studenti sestrinstva smatraju kako je rad s onkološkim pacijentima psihički zahtjevan za medicinske sestre
- *H3*: Edukacija studenata studija sestrinstva utječe na kvalitetu komunikacije s onkološkim bolesnicima
- *H4*: Onkološki odjel za više od polovicu studenata studija sestrinstva nije poželjno radno mjesto

3 Rezultati

U strukturi uzorka ispitanika s obzirom na spol prevladavaju osobe ženskog spola (53 ispitanika). S obzirom na dob prevladavaju mlade osobe, 18 – 25 godina (40 ispitanika). Manje ih je između 26 i 35 godina (11 ispitanika), a najmanje iznad 35 godina (9 ispitanika). S obzirom na godinu studija najzastupljenija je prva godina (28 ispitanika), zatim treća godina (25 ispitanika) i tek onda druga godina studija (7 ispitanika). Od 60 anketiranih studenata sestrinstva najveći broj njih ne radi kao medicinska sestra (36 ispitanika) dok preostali studenti (24 ispitanika) imaju kraći ili duži radni staž kao medicinska sestra.

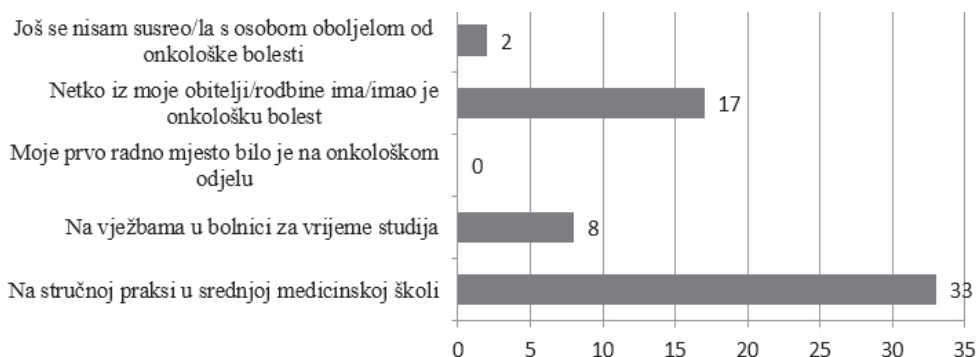
Graf 1: Prikaz broja ispitanika s obzirom na spol, dob, godinu studija i zaposlenost ($n = 60$)



Izvor: Anketni upitnik, 2016.

Prvo pitanje u vezi problematike rada s onkološkim bolesnicima je bilo gdje su se ispitanici susreli prvi put sa oboljelim osobama od onkološke bolesti. Odgovori su prikazani na grafu 2.

Graf 2: Prikaz odgovora na pitanje »Gdje ste se prvi puta susreli s onkološkim pacijentom?« (n = 60)

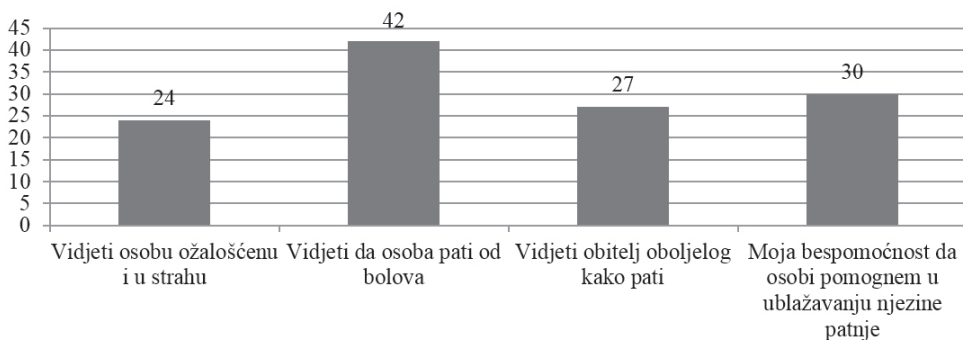


Izvor: Anketni upitnik, 2016.

Najveći broj studenata (33 ispitanika) prvi se puta susreo s onkološkim pacijentom na stručnoj praksi u srednjoj medicinskoj školi. Na vježbama u bolnici za vrijeme studija s onkološkim pacijentom susrelo se 8 studenata, 17 studenata susrelo se s onkološkim bolesnikom u svojoj obitelji ili rodbini. Od ukupno 60 ispitanika, samo 2 se još nisu susrela s onkološkim bolesnikom, a odgovor »Moje prvo radno mjesto bilo je na onkološkom odjelu« nije dao niti jedan student. Dakle, odgovori su u skladu s dobnom strukturom uzorka ispitanika u kojoj prevladavaju osobe mlađe dobi.

Drugo pitanje je glasilo »Kao medicinskoj sestri, kada ste pokraj osobe oboljele od onkološke bolesti, najteže Vam je (moguće je odabrati i više odgovora)«. Dobiveno je 123 odgovora od 60 ispitanika odnosno prosječno po dva odgovora od svake medicinske sestre. Odgovori su prikazani na grafu 3.

Graf 3: Prikaz odgovora na pitanje »Kao medicinskoj sestri, kada ste pokraj osobe oboljele od onkološke bolesti, najteže Vam je:« (n = 60)

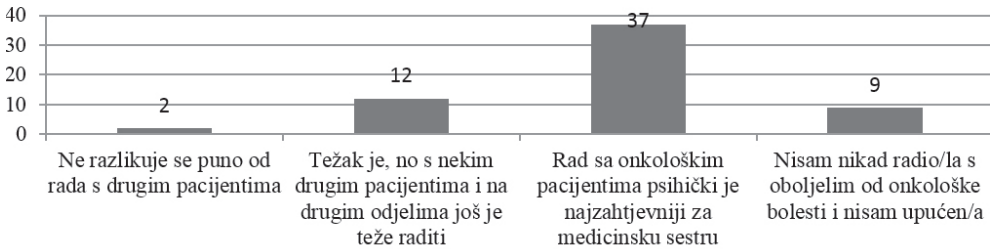


Izvor: Anketni upitnik, 2016.

Kao što je prikazano u grafu 3, studentima je najteže vidjeti da osoba pati od bolova (42 odgovora), a zatim i njihova bespomoćnost da pomognu oboljelima u ublažavanju

njihove patnje (30 odgovora). Da im je najteže vidjeti osobu ožalošćenu i u strahu odgovorila su 24 studenta, a za 27 studenata je najteže vidjeti obitelj oboljelog kako pati. Treće pitanje se odnosilo na karakteristike rada s pacijentima oboljelim od onkoloških bolesti. Dobiveni su sljedeći odgovori koji su prikazani na grafu 4.

Graf 4: Prikaz odgovora na pitanje »Rad s pacijentima oboljelim od onkoloških bolesti:« (n = 60)

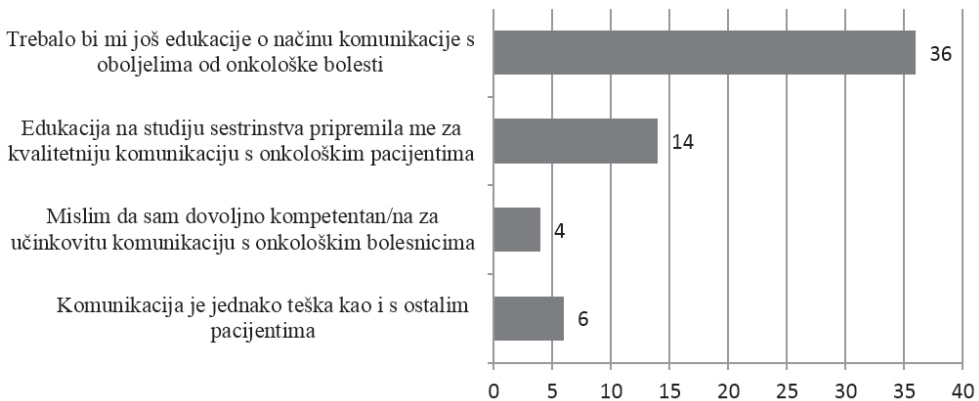


Izvor: Anketni upitnik, 2016.

Da je rad sa onkološkim pacijentima psihički najzahtjevniji za medicinsku sestru smatra većina studenata (37 njih odnosno 62 %). Da je težak, no da je sa nekim drugim pacijentima još teže raditi smatra 12 ispitanika. Samo 2 ispitanika smatraju da se rad s onkološkim pacijentima ne razlikuje puno od rada s drugim pacijentima, a 9 ispitanika nije upućeno jer se nikad nisu susreli s onkološkim bolesnicima.

Četvrto pitanje se odnosi na problem komunikacije s oboljelima. Odgovori su prikazani na grafu 5.

Graf 5: Prikaz odgovora na pitanje: »Komunikacija s osobama oboljelim od onkoloških bolesti:« (n = 60)



Izvor: Anketni upitnik, 2016.

Potreba za dodatnom edukacijom u vezi komunikacije s oboljelima od onkološke bolesti najčešći je odgovor ispitanika. Dalo ga je 60 % studenata sestrinstva. Ako bi odgovore »Edukacija na studiju sestrinstva pripremila me za kvalitetniju komunikaciju s onkološkim pacijentima« i pod »Mislim da sam dovoljno kompetentan/na za

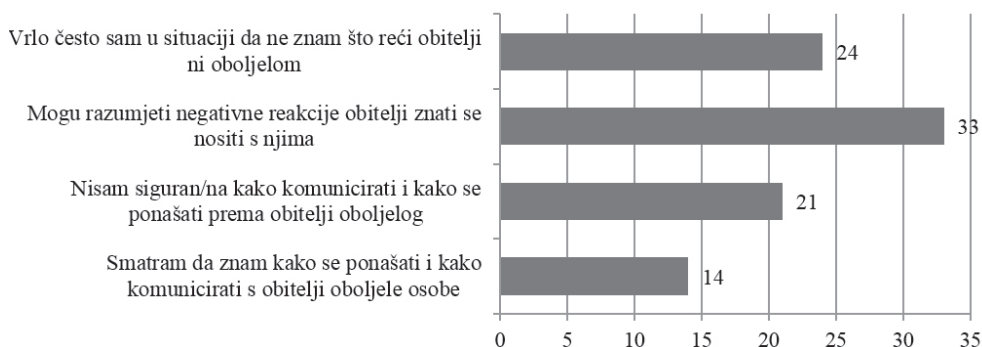
učinkovitu komunikaciju s onkološkim pacijentima“ označili kao one koji znače lakšu komunikaciju s oboljelima, a odgovore »Trebalo bi mi još edukacije o načinu komunikacije s oboljelima od onkološke bolesti« i »Komunikacija je jednako teška kao i s ostalim pacijentima« kao one koji predstavljaju težu komunikaciju s oboljelima, tada bi imali sljedeće dvije frekvencije:

- lakša komunikacija s oboljelima 18 odgovora odnosno 30 %
- teža komunikacija s oboljelima 42 odgovora odnosno 70 %

Prema tome, dvostruko veći broj ispitanika je problem komunikacije s oboljelima označio težim.

Peto pitanje je također bilo u vezi komunikacije, ali komunikacije i ophođenja prema obitelji oboljelog od onkološke bolesti (moguće je bilo odabrati više odgovora). Odgovori su prikazani na grafu 6.

Graf 6: Prikaz odgovora na pitanje: »Način komunikacije i ophođenje prema obitelji oboljelog od onkološke bolesti.« (n = 60)



Izvor: Anketni upitnik, 2016.

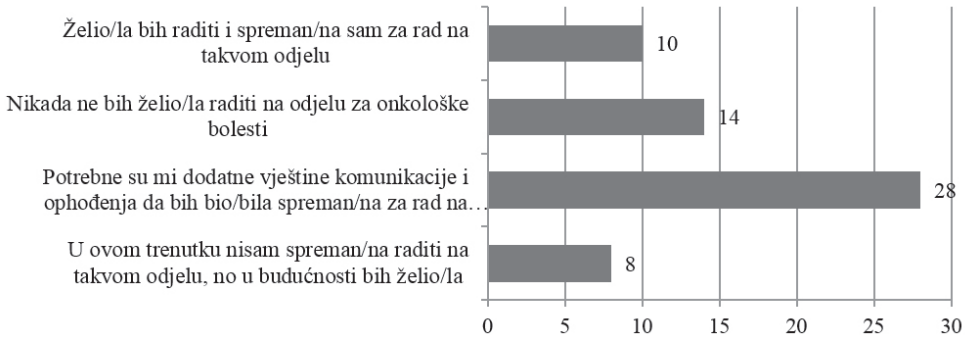
Od 60 ispitanika dobiveno je ukupno 92 odgovora zbog mogućnosti višestrukog izbora. Najveći postotak odgovora je dobiven »Mogu razumjeti negativne reakcije obitelji i znati se nositi s njima« (njih 55 % odnosno 33 ispitanika). Ako odgovore »Vrlo često sam u situaciji da ne znam što reći obitelji ni oboljelom« i »Nisam siguran/na kako komunicirati i kako se ponašati prema obitelji oboljelog« označimo kao one koji predstavljaju lakšu komunikaciju, a odgovore »Mogu razumjeti negativne reakcije obitelji i znati se nositi s njima« i »Smatram da znam kako se ponašati i kako komunicirati s obitelji oboljele osobe« kao one koji predstavljaju težu komunikaciju, tada se dobivaju sljedeće dvije frekvencije:

- lakša komunikacija s obitelji oboljelog 47 odgovora (78% od 60)
- teža komunikacija s obitelji oboljelog 45 odgovora (75% od 60)

Dakle, kod ovog pitanja je približno isti udio lakših odnosno težih komunikacija s obitelji oboljelog, za razliku od prethodnog pitanja gdje je prevladavala teža komunikacija s oboljelim.

Šesto pitanje u vezi problematike rada s onkološkim bolesnicima je bilo o prihvatljivosti rada studenata sestrinstva na odjelu za onkološke bolesti. Odgovori su prikazani na grafu 7.

Graf 7: Prikaz odgovora na pitanje: »Rad na odjelu za onkološke bolesti:« (n = 60)



Izvor: Anketni upitnik, 2016.

Najviše ispitanika (28 njih) odgovorilo je kako su im za rad na onkološkom odjelu potrebne dodatne vještine komunikacije i ophođenja. Samo je 10 ispitanika odgovorilo da želi i da je spremno za rad na onkološkom odjelu, dok je 14 ispitanika reklo kako nikada ne bi željeli raditi na takvom odjelu. Ostali ispitanici (njih 8) smatraju da u ovom trenutku nisu spremni za rad na onkološkom odjelu, no željeli bi to raditi u budućnosti.

4 Rasprava

Budući da je učinkovita komunikacija jedna od najvažnijih vještina u sestrinskoj skrbi, ovim se istraživanjem htjelo uvidjeti koliko su studenti studija sestrinstva kompetentni u komunikaciji s oboljelima od onkološke bolesti, ali i njihovim obiteljima. Na pitanje koje se odnosi na problem komunikacije s oboljelima, čak 60 % studenata dalo je odgovor da im je potrebno još edukacije o načinu komunikacije s onkološkim pacijentima. Unatoč tome što studenti tijekom tri godine obrazovanja, kroz nekoliko kolegija uče o komunikaciji s pacijentima, istraživanje pokazuje da studentima to nije dovoljno. Prva hipoteza je glasila: Studenti studija sestrinstva s više godina radnog iskustva lakše i učinkovitije uspostavljaju komunikaciju s onkološkim bolesnicima i njihovim obiteljima. Dobiveni rezultati u hi-kvadrat testu ($\chi^2 = 1,188$ df = 1; N = 60 p = 0,276) upućuju na zaključak da nema povezanosti između radnog staža medicinske sestre i težine komunikacije s oboljelima. Od ukupnog broja anketiranih medicinskih sestara sa manjim radnim iskustvom, njih 24 % lakše ostvaruje komunikaciju s oboljelima, dok od ukupnog broja medicinskih sestara s većim radnim iskustvom 42 % lakše komunicira s oboljelima. Dakle, kod medicinskih sestara sa većim radnim iskustvom veći je udio onih koje lakše komuniciraju s oboljelima. Međutim, ove razlike su slu-

čajne, odnosno nisu statistički značajne, prema tome, prva hipoteza nije potvrđena. Druga hipoteza je glasila: Studenti sestrinstva smatraju kako je rad s onkološkim pacijentima psihički zahtjevan za medicinske sestre. Čak 62 % studenata je izabralo odgovor da je rad sa onkološkim bolesnicima za medicinsku sestru psihički najzahtjevniji. Na osnovu veličine ovog postotka može se zaključiti da se navedena hipoteza može prihvatiti kao istinita. Treća hipoteza u ovom radu je glasila: Edukacija studenata studija sestrinstva utječe na kvalitetu komunikacije s onkološkim bolesnicima. Čak 36 anketiranih studenata (60 %) smatra da im je potrebno još edukacije o načinu komunikacije s oboljelima od onkološke bolesti. S obzirom na visinu ovog postotka može se zaključiti da se treća hipoteza može prihvatiti kao istinita. Četvrta hipoteza je glasila: Onkološki odjel za više od polovicu studenata studija sestrinstva nije poželjno radno mjesto. Rad na onkološkom odjelu nije prihvatljiv za 70 % anketiranih studenata. Prema tome, može se zaključiti da se četvrta hipoteza može prihvatiti kao istinita. Gómez-Urquiza idr. (2016) navode kako su onkološke sestre vrlo emocionalno iscrpljene te kako im nedostaje osjećaj osobnog postignuća. Veliki postotak tih medicinskih sestara ima rizik da će doživjeti sindrom sagorijevanja na poslu. Studenti studija sestrinstva kroz izborni se kolegij susreću sa onkološkim pacijentima i težinom skrbi koju zahtijevaju. S obzirom na porast malignih oboljenja, suvremene načine liječenja i skrbi, prioritet u obrazovanju medicinskih sestara je povezivanje znanja i prakse, odnosno edukativne ustanove imaju dužnost da pruže studentu nove informacije, tehnike skrbi, ali i poučavati načine nošenja sa stresom i samozaštite medicinskih sestara.

LITERATURA

1. Coyne, E. and Dieperink, K. B. (2016). A qualitative exploration of oncology nurses' family assessment practices in Denmark and Australia. *Support Care cancer*, u objavi.
2. Deng, Y. T., Liu, J., Zhang, J., Huang, B. Y., Wang, Y.Q., Zheng, B. idr. (2016). A multicenter study on the validation of the Burnout Battery: a new visual analog scale to screen job burnout in oncology professionals. *Psycho-oncology*, u objavi.
3. Gómez-Urquiza, J. L., Aneas-López, A. B., Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Díaz-Rodríguez, L. and Fuente G. A. (2016). Prevalence, Risk Factors, and Levels of Burnout Among Oncology Nurses: A Systematic Review. *Oncology nursing forum*, 43 (3), 104–120.
4. Greenglas, E. R., Burke, R. J. and Fiksenbaum, J. (2001). Work load and burnout in nurses. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11, 211–215.
5. Jang, I., Kim, Y. and Kim, K. (2016). Professionalism and professional quality of life for oncology nurses. *Journal of clinical nursing*, 25 (19–20), 2835–2845.
6. Ko, W. and Kiser-Larson, N. (2016). Stress Levels of Nurses in Oncology Outpatient Units. *Clinical journal of oncology nursing*, 20 (2), 158–164.
7. Maslach, C., Schaufeli, W. B. and Leiter, P. M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 53, 397–422.
8. Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta, radna skupina za usklađivanje studijskih programa sestrinstva s odredbama Direktive 2005/36 EC, zajednički obvezni dio preddiplomskog studijskog programa sestrinstva, 2013.
9. Russel, K. (2016). Perceptions of Burnout, Its Prevention, and Its Effect on Patient Care as Described by Oncology Nurses in the Hospital Setting. *Oncology nursing forum*, 43 (1), 103–109.

Znanja i stavovi studenata studija Sestrinstva o emocionalnoj inteligenciji

UDK 159.942+616-083

KLJUČNE RIJEČI: emocionalna inteligencija, medicinska sestra, samosvijest, empatija, komunikacija

POVZETEK - Emocionalna inteligencija je skup sposobnosti koji uključuje uočavanje, razumijevanje, izražavanje, regulaciju i upravljanje vlastitim i tuđim emocijama. Emocije su sastavni dio ljudi, stoga medicinske sestre, čiji se posao temelji na radu s ljudima moraju imati visoku emocionalnu inteligenciju. Cilj istraživanja je procijeniti mišljenje studenata sestrinstva o važnosti emocionalne inteligencije u radu medicinske sestre, uvidjeti koliku razinu emocionalne inteligencije posjeduju studenti te koliko znanje o istoj imaju. U istraživanju je sudjelovalo 125 studenata studija sestrinstva. Istraživanje je provedeno pomoću ankete koja se sastojala od pitanja koja uključuju opće podatke, mišljenje pomaže li emocionalna inteligencija medicinskoj sestri u radu, tvrdnje kojima se provjerava znanje o emocionalnoj inteligenciji i preuzeti upitnik kojim se izračunava razina iste. Postavljene su tri hipoteze, a samo je jedna potvrđena. Istraživanje je pokazalo da većina studenata smatra kako je medicinskoj sestri potrebna emocionalna inteligencija u radu. Razina emocionalne inteligencije koju posjeduju studenti je prosječna, a teorijsko znanje o emocionalnoj inteligenciji vrlo dobro.

UDC 159.942+616-083

KEY WORDS: emotional intelligence, nurse, self-awareness, empathy, communication

ABSTRACT - Emotional intelligence is a set of capabilities that includes perception, understanding, expression, control, and management of personal and the emotions of others. Emotions are an integral part of humans, and nurses, whose work is based on working with people, need to have high emotional intelligence. The aim of this study is to assess the opinion of nursing school students about the importance of emotional intelligence in the work of nurses, ascertain the students' emotional intelligence level and knowledge of the subject. The study included 125 nursing school students. The study was conducted using a survey that included questions on general knowledge, on whether emotional intelligence facilitates nurses at work, statements used to test the knowledge about emotional intelligence, and an existing survey that determines the level of it. Three hypotheses were set, and one has been confirmed. The study has shown that the majority of tested students consider that nurses need emotional intelligence to work. The level of emotional intelligence that students possess is average, and the theoretical knowledge of emotional intelligence is very good.

1 Emocionalna inteligencija

Emocionalna inteligencija je sposobnost »sposobnost preciznog uočavanja, procjene i izražavanja emocija; sposobnost pristupa i/ili priziva osjećaja kad oni olakšavaju razmišljanje; sposobnost razumijevanja emocija i emocionalnih spoznaja, te sposobnost regulacije emocija u svrhu pomaganja emocionalnom i intelektualnom razvitku« (Salovey i Sluyter, 1999). Daniel Goleman, uključuje motivaciju kao važan aspekt emocionalne inteligencije pa njegova definicija glasi da je emocionalna inteligencija »sposobnost prepoznavanja vlastitih osjećaja i osjećaja drugih ljudi, motiviranja sebe i dobrog upravljanja emocijama u sebi i svojim odnosima« (Goleman, 2015). Iz svake definicije emocionalne inteligencije vidljivo je kako je ona sposobnost koja je neophodna djelatnicima čiji se posao temelji na interakciji s ljudima.

1.1 Važnost emocionalne inteligencije u radu medicinske sestre

Posao medicinske sestre zahtjeva umješnost ophođenja s ljudima. Moderno doba zahtjeva velike prilagodbe medicinske sestre u radu. Oдавno se više uloga medicinske sestre ne definira isključivo kao fizička pomoć pojedincu. Sestrinska je skrb usmjerena kako prema pojedincu, tako i prema njegovoj obitelji i cijeloj zajednici, te osim fizičke obuhvaća psihološku i edukativnu pomoć. Jačanjem svijesti zajednice o pravima pacijenata, pozorno se gledaju i slušaju postupci i riječi zdravstvenih djelatnika. Medicinske sestre, koje zbog prirode svog posla ulaze u najdublju intimu pacijenta, moraju poštovati dostojanstvo i cjelovitost ljudskog bića jer iz toga proizlazi njihova profesionalnost. Da bi mogle cjelovito provoditi sestrinsku skrb, moraju dobro vladati vještinama samosvladavanja i empatije, moraju imati razvijenu samosvijest i vještine ophođenja s ljudima. Upravo su ove sposobnosti i vještine komponente emocionalne inteligencije. Sposobnost da prepozna i razumije pacijentove emocije i da zna adekvatno izraziti svoje emocije, omogućuje medicinskoj sestri da lakše stekne pacijentovo povjerenje čime se unaprijeđuje komunikacija, ali i sam proces sestrinske skrbi. Istraživanje McQueen (2004) pokazuje kako emocionalna inteligencija igra važnu ulogu u uspostavljanju terapijskog odnosa između medicinske sestre i pacijenta. Rezultati istraživanja koje su proveli Wandevaa i suradnici (2016) pokazuju da emocionalna inteligencija može povećati savjesnost u obavljanju sestrinskog posla te da je viša razina emocionalne inteligencije povezana s češćim altruističkim djelovanjem. Nekim je studijama potvrđeno kako medicinske sestre ostvaruju loše rezultate na testovima emocionalne inteligencije, naročito u prepoznavanju pacijentovih emocija – što je ključno za sestrinsku djelatnost. U istraživanju Freitas i suradnika (2012) provedenom među medicinskim sestrama na onkološkom odjelu, prikazana je nesposobnost velikog postotka medicinskih sestara u prepoznavanju vlastitih i pacijentovih emocija. Codier i suradnici u svom istraživanju (2008) pokazuju da je veliki postotak medicinskih sestara ostvario značajne ispodprosječne rezultate na testovima emocionalne inteligencije. Medicinska sestra koja posjeduje empatiju ima sposobnost iščitati kako se pacijent osjeća bez da on verbalizira svoje emocionalno stanje. Vrlo često pacijenti ne mogu ili ne žele riječima izraziti svoje emocije iz raznih razloga, no ako medicinska sestra prepozna da je pacijent, recimo, u strahu zbog predstojećeg operativnog zahvata i pruži mu psihološku podršku kako bi umanjila taj strah, ta je medicinska sestra zadobila pacijentovo povjerenje. Samosvladavanje je također jedna od komponenti emocionalne inteligencije koja je vrlo važna u radu medicinske sestre. Mnogo se puta dogodi da pacijenti ili njihove obitelji neadekvatno reagiraju, budu neprimjereni u govoru i ponašanju ili agresivni. Medicinska sestra koja nema sposobnost samosvladavanja vjerojatno će istim ponašanjem uzvratiti pacijentu ili članu obitelji što je nedopustivo u sestrinskoj profesiji i odraz je nestručnosti i neprofesionalnosti. Društvene vještine u koje spada komunikacija također su komponente emocionalne inteligencije. Medicinska sestra neprestano komunicira s pacijentima i svojim kolegama, ako ne verbalno, tada svakako neverbalno. Ton kojim govori, izraz lica koji ima, način na koji sluša sugovornika itekako su važni i ukoliko nisu adekvatni često mogu dovesti do sukoba i nezadovoljstva. Bulmer Smith i suradnici (2009) zaključuju da emocionalnu inteligenciju treba uključiti u obrazovanje medicinskih sestara jer ona može utjecati na

kvalitetu znanja studenta, etičko odlučivanje, kritičko razmišljanje i upotrebu znanja i dokaza u praksi. Naglašavaju kako emocionalno inteligentni vođe utječu na zadržavanje zaposlenika, kvalitetu skrbi te krajnje rezultate u skrbi za bolesnika.

2 Metode

Podaci za ovo istraživanje prikupljeni su pomoću ankete na Sveučilištu Sjever u razdoblju od 16. do 30. lipnja 2016. godine. Anketu je ispunilo ukupno 125 studenata studija Sestrinstva, svih godina studija. Anketa se sastoji od ukupno 8 pitanja zatvorenog tipa. Prvih 5 pitanja je sociodemografskog tipa, jedno pitanje kojim se ispituje mišljenje o važnosti emocionalne inteligencije u poslu medicinske sestre, jedno pitanje na kojem ispitanici odgovaraju sa „točno“ i „netočno“, a sastoji se od 6 tvrdnji o emocionalnoj inteligenciji. Posljednje pitanje je upitnik o emocionalnoj inteligenciji preuzet od Miljković i suradnika (2004), a sastoji se od 15 tvrdnji na koja su ispitanici odgovarali pomoću Likertove skale uz moguće odgovore: 0 – nikad, 1 – rijetko, 2 – ponekad, 3 – često, 4 – uvijek. Odgovori na ovome pitanju daju uvid u razinu emocionalne inteligencije ispitanika. Analiza podataka napravljena je u kompjuterskom programu Microsoft Excel, a statistička obrada podataka programom SPSS Statistics, verzija 17.0. Metode statističke analize koje su ovdje korištene su deskriptivne (relativni brojevi, srednje vrijednosti, mjere disperzije, Spearmanov koeficijent korelacije ranga) te inferencijalne metode statističke analize (t-test razlike aritmetičkih sredina za male nezavisne uzorke, Mann-Whitneyev U test, hi-kvadrat test i t-test razlike proporcija za male nezavisne uzorke). Zaključci u vezi razlika i povezanosti među podacima donošeni su na uobičajenom nivou signifikantnosti od 0,05 odnosno uz pouzdanost od 95 %.

2.1 Hipoteze

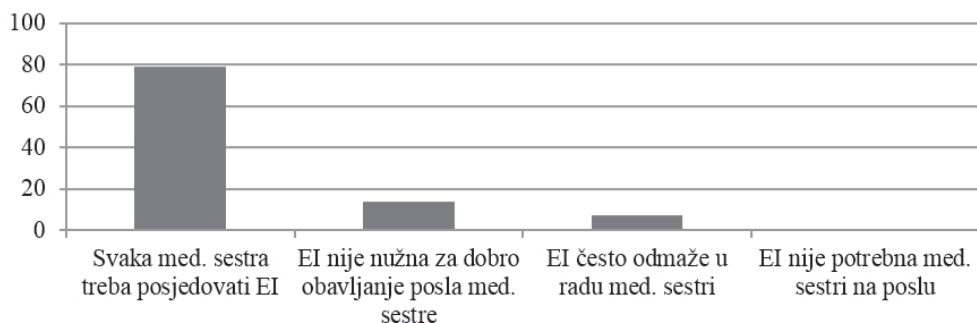
U radu su bile postavljene sljedeće hipoteze:

- *H1*: Studenti studija Sestrinstva smatraju da bi svaka medicinska sestra trebala posjedovati emocionalnu inteligenciju
- *H2*: Studenti treće godine studija Sestrinstva imaju više znanja o emocionalnoj inteligenciji od studenata prve i druge godine studija
- *H3*: Studenti studija Sestrinstva ne posjeduju dovoljno emocionalne inteligencije

3 Rezultati

O emocionalnoj inteligenciji studentima su bila postavljena tri pitanja. Prvim od tih pitanja željelo se saznati kakav je njihov stav prema emocionalnoj inteligenciji. Odgovori su prikazani na grafu 1.

Graf 1: Prikaz pomaže li emocionalna inteligencija medicinskoj sestri u radu s pacijentima i njihovim obiteljima (n = 125)



Izvor: Anketni upitnik, 2016.

Najveći broj odgovora (njih 99 odnosno 79 %) je da ona pomaže u radu i da bi svaka medicinska sestra trebala posjedovati emocionalnu inteligenciju. Sljedeći odgovor, koji je odabralo 17 studenata (14 %), je da ona pomaže u radu, ali da posjedovanje emocionalne inteligencije nije nužno za dobro obavljanje posla medicinske sestre. Treći od ponuđena četiri odgovora koji je odabralo 9 studenata (7 %) je da emocionalna inteligencija često i odmaže u radu medicinskoj sestri, dok četvrti odgovor da emocionalna inteligencija nije potrebna medicinskoj sestri u njezinom poslu nije odabrao niti jedan anketirani student.

Drugim pitanjem, koje se sastojalo od šest tvrdnji, željelo se saznati koliko studenti znaju o emocionalnoj inteligenciji. Broj točnih odnosno netočnih odgovora na tih šest tvrdnji naveden je u tabeli 1.

Tabela 1: Anketirani studenti studija Sestrinstva prema poznavanju pojma emocionalne inteligencije (n = 125)

R. br.	Tvrdnje o emocionalnoj inteligenciji	Broj odgovora	
		točnih	netočnih
1.	Emocionalna inteligencija je sposobnost koja se razvija kroz iskustvo, stoga je svaka osoba može unaprijediti (točno)	108	17
2.	Emocionalna inteligencija je sposobnost pojedinca da osvijesti svoje vlastite i tuđe emocije te da je u stanju s njima se nositi (točno)	120	5
3.	Da bi za osobu mogli reći da je emocionalno inteligentna, dovoljno je da bude empatična (netočno)	99	26
4.	Emocionalna inteligencija je gotovo isto što i kognitivna inteligencija (netočno)	114	11
5.	Emocionalna inteligencija na poslu ne dolazi do izražaja jer većina odluka nema veze sa emocijama (netočno)	88	37
6.	Emocionalno inteligentnim ljudima ne treba motivacija da bi postigli ono što žele (netočno)	99	26
	Ukupno	628	122

Izvor: Anketni upitnik, 2016.

Od ukupnog broja odgovora (750) njih 84 % su bili točni, dok je preostalih 16 % bilo netočnih odgovora. Ako se ovo relativno dobro poznavanje pojma emocionalne inteligencije analizira za pojedine studente, onda se broj bodova za svaki točan odgovor kretao ovako kako je prikazano u tabeli 2.

Tabela 2: Prikaz broja studenata i ostvarenih bodova na pitanje o poznavanju pojma emocionalne inteligencije (n = 125)

Br. bodova	2	3	4	5	6
Br. studenata	3	5	27	41	49

Izvor: Anketni upitnik, 2016.

Za potrebe inferencijalne statističke analize studenti su prema znanju o emocionalnoj inteligenciji podijeljeni u tri grupe, iz čega slijedi da studenti imaju dobro ili odlično znanje o emocionalnoj inteligenciji. Podjela studenata prikazana je u tabeli 3.

Tabela 3: Podjela anketiranih studenata prema slabijem, dobrom i odličnom znanju o emocionalnoj inteligenciji (n = 125)

slabije znanje (2-3 boda)	8 studenata
dobro znanje (4-5 bodova)	68 studenata
odlično znanje (6 bodova)	49 studenata

Izvor: Anketni upitnik, 2016.

Posljednja skupina pitanja se sastojala od 15 pitanja na osnovu kojih se anketom željela procijeniti emocionalna inteligencija anketiranih studenata. Za svakog je studenta izračunat ukupan broj bodova ostvarenih za navedenih 15 tvrdnji, s tim da manji broj bodova znači nižu emocionalnu inteligenciju, a veći broj bodova znači višu emocionalnu inteligenciju. Na osnovu broja bodova u procjeni emocionalne inteligencije svakog pojedinog studenta izračunati su deskriptivni pokazatelji od kojih nam je najvažniji prosječni broj bodova, a on iznosi 38,2.

U tabeli 4 nisu prikazani pojedini bodovi koje su ostvarili studenti već su ti bodovi grupirani u razrede sa po tri vrijednosti.

Tabela 4: Distribucija anketiranih studenata studija Sestrinstva prema broju bodova kod procjene razine njihove emocionalne inteligencije (n = 125)

Br. bodova	29-31	32-34	35-37	38-40	41-43	44-46	47-49	50-52
Br. studenata	10	21	28	27	23	11	2	3

Izvor: Anketni upitnik, 2016.

Prema navedenoj distribuciji, studenti su podijeljeni u tri podskupine, iz kojih je vidljivo kako većina studenata ima prosječnu razinu emocionalne inteligencije. Rezultati su prikazani u tabeli 5.

Tabela 5: Prikaz razine emocionalne inteligencije i broja studenata

niža emocionalna inteligencija (29 – 34 boda)	31 student odnosno 25% studenata
srednja emocionalna inteligencija (35 – 41 bod)	62 studenta odnosno 50% studenata
viša emocionalna inteligencija (42 – 52 boda)	32 studenta odnosno 25% studenata

Izvor: Anketni upitnik, 2016.

Iz tabele 5 vidljivo je kako je 25 % studenata na upitniku kojim se provjeravala razina emocionalne inteligencije ostvarilo između 29 i 34 boda što bi značilo da posjeduju nižu emocionalnu inteligenciju. Isti je postotak studenata ostvario između 42 i 52 boda što bi značilo kako 25 % studenata ima višu razinu emocionalne inteligencije. 50 % studenata je ostvarilo između 35 i 41 bod što možemo protumačiti kao prosječnu ili srednju razinu emocionalne inteligencije.

4 Rasprava

Na pitanje »Posjedovanje emocionalne inteligencije pomaže medicinskoj sestri u radu s pacijentima i njihovim obiteljima« većina (79 %) je odgovorila da ona pomaže i da bi svaka medicinska sestra trebala posjedovati emocionalnu inteligenciju. Odgovor da emocionalna inteligencija nije potrebna medicinskoj sestri u njezinom poslu nije dao niti jedan student. Ovime se ujedno i potvrđuje hipoteza da većina studenata smatra kako bi svaka medicinska sestra trebala posjedovati emocionalnu inteligenciju. Studentima sestrinstva je poznato da uspješnost u poslu uglavnom određuje emocionalna inteligencija. Osim toga, kroz sve tri godine studija, počevši već u srednjoj medicinskoj školi, govori se o važnosti empatije prema pacijentima, a ona je komponenta emocionalne inteligencije stoga su ovi rezultati bili očekivani. Drugo se pitanje sastojalo od 6 točnih i netočnih tvrdnji o emocionalnoj inteligenciji na koja su studenti odgovarali s »tačno« i »netočno«. Većina studenata (68) je tačno odgovorila na 4 ili 5 pitanja, a 49 studenata je na svih 6 pitanja tačno odgovorilo što bi značilo da većina studenata dobro ili odlično teorijski poznaje emocionalnu inteligenciju. Druga hipoteza glasi da studenti treće godine studija Sestrinstva imaju više znanja o emocionalnoj inteligenciji od studenata prve i druge godine. Anketirani studenti treće godine studija imaju viši nivo znanja o emocionalnoj inteligenciji u odnosu na studente prve i druge godine studija. No, ta je razlika slučajna ($p = 0,468$) pa se na osnovu rezultata U-testa može nedvosmisleno zaključiti da ova hipoteza nije potvrđena kao istinita. Očekivala se veća razlika u znanju o emocionalnoj inteligenciji među studentima u korist treće godine studija. Takva pretpostavka je proizašla iz činjenice da se kroz godine studija stječe iskustvo u međuljudskim odnosima, sluša se o važnosti empatije i ostalih komponenti emocionalne inteligencije, ali i činjenice da se o emocionalnoj inteligenciji ipak najviše govori na trećoj godini studija u sklopu kolegija »Koordinacija i supervizija zdravstvene njege.« Budući da, unatoč navedenome, ne postoji značajna razlika u teorijskom poznavanju emocionalne inteligencije i godina studija, ovaj rezultat ukazuje na potrebu za većom edukacijom iz područja emocionalne inteligencije na studiju Sestrinstva. To bi vrlo vjerojatno bilo dobro prihvaćeno od strane studenata budući da i sami smatraju kako je emocionalna inteligencija neophodna medicinskoj sestri u radu. Treće pitanje zapravo je preuzeti upitnik autorice Miljković i suradnika (2004) koji se sastoji od 15 tvrdnji i pomoću njega je izračunata razina emocionalne inteligencije kod studenata sestrinstva. Prema broju ostvarenih bodova, 50% studenata ima srednju razinu emocionalne inteligencije, 25 % ima višu i 25 % nižu razinu emocionalne inteligencije. Treća hipoteza je glasila: »Studenti studija Sestrinstva ne posjedu-

ju dovoljno emocionalne inteligencije.« Ispitivanje razine emocionalne inteligencije u ovom radu obavljeno je na metodološki istovjetan način kao kod autorice Miljković. Ona je navela da se prosječna razina emocionalne inteligencije kreće između 35 i 40 što je i u ovom istraživanju potvrđeno (prosjek anketiranih studenata sestinstva je 38,2). Prema tome, ova se hipoteza ne može prihvatiti kao istinita. Odlukom za upis na studij Sestrinstva, studenti vjerojatno već imaju razvijenu emocionalnu inteligenciju samim time što su kao svoj poziv ipak odabrali takvu humanu profesiju. No, u ovom je istraživanju postavljena negativna hipoteza na osnovu promatranja ponašanja studenata i medicinskih sestara na vježbama u bolnici koje baš i nije odisalo visokom emocionalnom inteligencijom.

LITERATURA

1. Bulmer Smith, K., Profetto-McGrath, J. and Cummings, G. G. (2009). Emotional intelligence and nursing: an integrative literature review. *International journal of nursing studies*, 46 (12), 1624–1636.
2. Codier, E., Kooker, B.M. and Shoultz, J. (2008). Measuring the emotional intelligence of clinical staff nurses: an approach for improving the clinical care environment. *Nursing administration quarterly*, 32 (1), 8–14.
3. Freitas, B., Muneno, L. and Codier, E. (2012). Emotional intelligence in nursing. Pridobljeno 14. 7. 2016, s <http://hdl.handle.net/10755/201718>.
4. Goleman, D. (2015). *Emocionalna inteligencija u poslu*. Zagreb: Mozaik knjiga.
5. McQueen, A. C. H. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (1), 101–108.
6. Miljković, D., Lugomer-Armano, G., Arnautović, D., Hajncl, Lj., Pleša, A., Šore, R. idr. (2004). *Ovdje sam, slušam ... :priručnik za edukaciju volontera u službi psihološke pomoći telefonom*. Zagreb: Savez udruga telefona kriznih službi.
7. Salovey, P. i Sluyter, D. J. (1999). *Emocionalni razvoj i emocionalna inteligencija*. Zagreb: Educa.
8. Vandewaa, E. A. and Turnipseed, D. L. and Cain, G. (2016). Panacea or placebo? An evaluation of the value of emotional intelligence in health care workers. *Journal of health and human services administration*, 38 (4), 438–477.

Najpogostejše težave bolnikov na subkutani biološki anti-TNF alfa terapiji

UDC 616-002.77-052

KLJUČNE BESEDE: bolniki, revmatizem, biološka zdravila, anti-TNF alfa terapija, medicinske sestre, telefonsko svetovanje

POVZETEK - Subkutana anti TNF-alfa biološka zdravila omogočajo bolnikom z revmatično boleznijo boljši nadzor nad boleznijo in boljšo kvaliteto življenja. V naši specialistični ambulanti medicinske sestre nudijo bolnikom izobraževanje iz tehnike samoapliciranja zdravila ter jim omogočajo telefonsko svetovanje v primeru težav med zdravljenjem. Z raziskavo smo želeli osvetliti področja, zaradi katerih bolniki med terapijo iščejo nasvet po telefonu. Podatki vključujejo starost, spol, ime biološkega zdravila in težavo, zaradi katere bolnik išče nasvet. Podatki o težavah bolnika so razdeljeni v šest skupin: kožna reakcija, okužbe, cepljenje, interakcije z zdravili, načrtovani operacijski posegi in drugo. Med zbiranjem podatkov (januar 2014–maj 2015) je iskalo nasvet po telefonu 98 bolnikov (23 % žensk) povprečne starosti 56.1 let ($SD = 13,9$). Razmerje anti-TNF alfa bioloških zdravil: certolizumab (9 %), etanercept (27 %), adalimumab (41 %) in golimumab (23 %). Najpogostejše težave po posameznih skupinah: kožna reakcija (20 %), okužbe (36 %), cepljenje (2 %), interakcije z zdravili 10 %, načrtovan operacijski poseg (10 %), drugo (22 %). 22 % bolnikov je iskalo nasvet za različne zdravstvene težave (otečeni sklepi, neuspešno zdravljenje, neželeni učinki, pokvarjen hladilnik ipd.). Nismo našli statistično pomembne povezave med posameznim biološkim zdravilom in težavami bolnikov. Telefonski dostop je za bolnike izjemno pomemben.

UDC 616-002.77-052

KEY WORDS: subcutaneous anti-TNF biological therapies, nurses, most frequent issues, telephone advice

ABSTRACT - Subcutaneous TNF α blockers enable inflammatory rheumatic patients to better control their disease and subsequently improve the quality of their daily functioning. At our Department of Rheumatology, the trained nurses provide education about proper subcutaneous (s.c.) administration techniques and telephone counselling about different issues of patients concerning their treatment. The aim of our study was to look at the most frequent questions of patients about their treatment. The data included were patient age and gender, prescribed anti-TNF drug, and description of the patient reported query regarding their s.c. anti-TNF treatment. Patient queries were grouped into six topics: skin reactions, infections, vaccinations, drug interactions, planned surgical procedures and other. During the observation period (Jan 2014 – May 2015), 98 patients (23% were female patients, average age 56.1 ($SD = 13.9$) treated with subcutaneous TNF α blocker asked for help using a telephone call. The patients were treated with the following s.c. anti-TNF drugs: certolizumab (9%), etanercept (27%), adalimumab (41%), and golimumab (23%). The most common patient problems on subcutaneous TNF α inhibitors were: skin reactions (20%), infections (36%), vaccinations (2%), drug interactions (10%), planned surgical procedures (10%) and other 22%. In 22% of cases patients needed the telephone advice for other different health problems (swollen joints, drug ineffectiveness, potential adverse effects). We did not find any significant difference concerning particular TNF α blocker and the relevant patient problem. Telephone advice assistance, however, is valuable for patients.

1 Uvod

Uporaba bioloških zdravil za zdravljenje vnetnih revmatičnih bolezni je vplivala na dodatno vlogo medicinske sestre. Bolnik, ki prične zdravljenje z biološkim zdravilom v subkutani obliki potrebuje primerno edukacijo. V naši revmatološki specialistični

ambulanti v Ljubljani se v zadnjem desetletju posvečamo tem bolnikom na številne načine. Bolniki, kakor tudi njihovi svojci so deležni pouka samoaplikacije biološkega zdravila, ki po navadi poteka individualno. Tekom učenja prejmejo pomembne napotke o tehniki samoapliciranja zdravila, shranjevanju in transportu zdravila, možnih neželenih učinkih ter ukrepanju ob njih ter opozorilo v katerih primerih prekiniti s prejetjem zdravila.

Bolniki zdravljeni z anti-TNF alfa biološkimi zdravili so bolj dovzetni za infekcije, zato so poučeni o tem kako ravnati v teh primerih (Galloway, Hyrich, Mercer idr., 2011). Bolniki prejmejo opozorilno kartico s svojim imenom, imenom zdravila, ki ga prejema, žigom ustanove ter imenom lečečega revmatologa. Vsak bolnik prejme telefonsko številko na katero lahko pokliče v primeru težav. Z raziskavo smo želeli osvetliti področja, zaradi katerih bolniki tekom terapije iščejo nasvet po telefonu. Zanimalo nas je tudi ali obstaja povezava med najpogostejšimi težavami in posameznimi anti-TNF alfa biološkimi zdravili.

2 Metoda

Uporabljena je empirična metoda zbiranja podatkov. Podatki o klicih bolnikov so zbrani med januarjem 2014 in majem 2015. Vključujejo starost, spol, ime biološkega zdravila ter težavo, zaradi katere bolnik išče nasvet. Podatki so razdeljeni v šest skupin zaradi lažje interpretacije: kožna reakcija, okužbe, cepljenje, interakcije z zdravili, načrtovani operacijski poseg, drugo (Graf 2). Podatki so obdelani statistično v Excelu. Uporabljen je Fischerjev test za izračun korelacije med posameznim biološkim zdravilom in najpogostejšimi težavami.

3 Rezultati

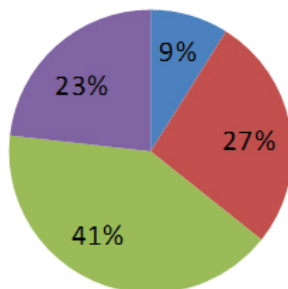
Med zbiranjem podatkov je iskalo nasvet po telefonu 98 bolnikov (23 % žensk), povprečne starosti 56.1. Razmerje anti-TNF alfa bioloških zdravil: certolizumab (9 %), etanercept (27 %), adalimumab (41 %) in golimumab (23 %) (Graf 1).

Največ delež (41 %) bolnikov, ki so iskali nasvet po telefonu, prejema adalimumab, najmanj (9 %) pa certolizumab. Etanercept in golimumab sta zastopana pri približno petini bolnikov.

Nabor težav, zaradi katerih so bolniki klicali smo razdelili v šest skupin (Graf 2). Težave bolnikov na mestu aplikacije zdravila, ki so jih opisovali kot rdečina, srbeče mesto s papulo, rdeči madeži, izpuščaji ipd. smo uvrstili v rubriko kožne reakcije. Podatki o prehladu, kašlju, herpesu, jemanju antibiotika, bolečem grlu, vročini, slabem počutju, herpes zoostri so uvrščeni v rubriko okužbe.

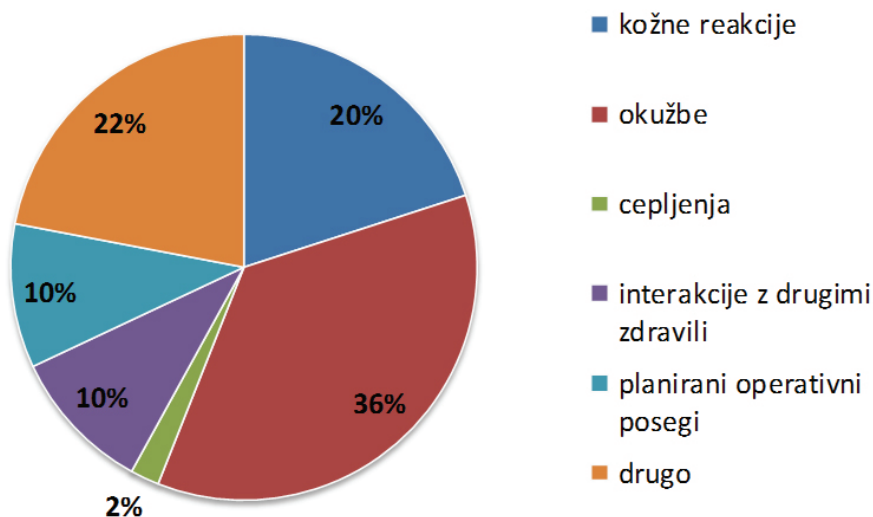
Graf 1: Razmerje med posameznimi anti-TNF alfa biološkimi zdravili

■ CERTOLIZUMAB ■ ETANERCEPT ■ ADALIMUMAB ■ GOLIMUMAB



Planirani operativni posegi so skupina, v katero smo uvrstili klice bolnikov, ki jih je zanimalo kdaj lahko po operativnem posegu zopet začnejo prejemati zdravilo oz., kdaj pred posegom prenehajo z jemanjem zdravila. Bolnike je pogosto zanimalo ali smejo vzeti tudi druga zdravila tekom zdravljenja z anti-TNF alfa biološkimi zdravili, te smo uvrstili v skupino interakcije z drugimi zdravili. Ravno tako bolniki preverijo s katerimi cepivi se lahko cepijo tekom zdravljenja (skupina cepljenja). Vse ostale težave, ki jih nismo mogli razvrstiti v nobeno od naštetih skupin smo dali pod drugo. Sem spadajo vprašanja o oteklah sklepov, elektrokonverziji in jemanju zdravila, pankreatitisu, potrdilo o prenosu zdravila, zamik zdravila zaradi toplote, pokvarjen hladilnik in uporabnost zdravila, bolečine v trebuhu ipd.

Graf 2: Najpogostejše težave bolnikov po posameznih skupinah



Zbrani podatki kažejo, da imajo bolniki največ vprašanj v primeru okužb in kožnih reakcij. Najmanj pa o planiranem operativnem posegu ter interakciji z drugimi zdravili.

Izračunana korelacija s Fisherjevim testom med posameznim biološkim zdravilom in težavami bolnikov ni pokazala statistično pomembne povezave (kožna reakcija $P = 0,64$, okužbe $P = 0,96$).

4 Razprava

Z raziskavo smo želeli osvetliti težave bolnikov ter hkrati posredno raziskati kako pomemben je za bolnike telefonski pristop do informacij. Priporočila za medicinske sestre sprejeta za obravnavo bolnikov z vnetno revmatično boleznijo na mednarodnem kongresu EULAR (The European League Against Rheumatism) kot eno izmed desetih priporočil navajajo »Omogočanje trajne podpore s pomočjo telefonske linije« (Van Eijk-Hustings, Van Tubergen, Boström idr., 2012).

Telefonsko svetovanje je v zahodnih državah že dve desetletji del zdravstvene nege bolnika z revmatično boleznijo. Portugalski avtorji so v svoji raziskavi razdelili klice na tri kategorije in sicer; splošne težave (interpretacija testov ter datumi kontrolnih pregledov, svetovanje o neželenih učinkih zdravil ter nasveti pri poslabšanju bolezni) ter svetovanje o uravnavanju zdravil (Ferreira, Marques, Mendes idr., 2015). V našo ambulanto bolniki pogosto kličejo, tudi njihove težave bi lahko razdelili v omenjene skupine. Medicinske sestre s specialnimi znanji s področja revmatologije imajo ogromno znanja in izkušenj ter znajo bolniku pravilno svetovati, ga usmeriti in napotiti. V naši raziskavi smo se usmerili na zbiranje podatkov s področja anti-TNF bioloških zdravil. Številni avtorji opisujejo težave bolnikov po aplikaciji biološkega zdravila v podkožje. Kot najpogostejšo težavo navajajo rdečino na mestu vboda, ravno tako se pri naših bolnikih izkazalo, da je to najpogostejša težava zaradi katere iščejo nasvet po telefonu. V Sloveniji smo z raziskavo o opolnomočenju bolnikov za samoaplikacijo biološkega zdravila, dobili podatke, da ima 16 % bolnikov kožno reakcijo na mestu vboda (Pavič Nikolič, 2013). Po podatkih drugih avtorjev se nahajamo nekje v povprečju. Poljska raziskava je pokazala 8% takšnih bolnikov (Tlustochowicz, Kur-Zalewska, Tlustochowicz, 2013). Američani so raziskovali razloge, za prekinitev zdravljenja ter ugotovili, da ima 12,4 % bolnikov kožno reakcijo (Bolge, Goren, Tandon, 2015), ter da zaradi nje prenehajo z aplikacijami biološkega zdravila. Španska raziskava, ki je bila osredotočena na kožne spremembe, ki so se pojavljale po aplikaciji posameznega anti - TNF alfa biološkega zdravila. Pridobljeni podatki so pokazali ržpon pojavljanja kožnih sprememb zaradi posameznega zdravila med 38 %-42 % za etanercept, 15 % adalimumab, ter 2,3 %-2,4 % certolizumab pegol in golimumab (Hernández, Meineri, Sanmartí, 2013).

Biološka anti-TNF aplfa zdravila so na tržišču od leta 2000. Od takrat je ugotovljeno, da se ob njihovi uporabi pojavlja cel spekter patogenih mehanizmov, ki povzročajo od glivičnih, najpreprostejše bakterijskih do oportunističnih okužb kot je okužba z *Micobacterium tuberculosis* (Toussiro, Streit in Wendling, 2010).

Ker se biološka zdravila vpletajo v imunske odzive, se pri bolnikih lahko pojavljajo običajne in neobičajne infekcijske bolezni. Večinoma so biološka zdravila varna,

vendar lahko zaviralci dejavnika tumorske nekroze alfa usmerjena proti določenim podskupinam levkocitov povzročijo različne, včasih življenje ogrožujoče infekcijske zaplete (Tomažič, 2010).

Ob resnejših bakterijskih okužbah je treba čim prej začeti zdravljenje z antibiotiki ter odložiti naslednji odmerek do popolne sanacije okužbe in prenehanja antibiotičnega zdravljenja. Vsak utemeljen sum na resnejšo sistemske okužbo zahteva napotitev v bolnišnico (Praprotnik, Smrekar, Mervic idr., 2014). Bolniki so tekom edukacije opozorjeni na previdnost v primeru jemanja antibiotikov ter usmerjeni k izbranemu zdravniku v primeru nejasnosti. Te bolniki pogosto kličejo v našo ambulanto ter prosijo za nasvet (36% v naši raziskavi). Zaradi povečane možnosti okužbe v pooperativnem obdobju je potrebno pred načrtovanim operativnim posegom začasno prekiniti zdravljenje. Ravno tako je potrebno upoštevati zdravstveno stanje bolnika ter farmakokinetične značilnosti zdravila. Najpogosteje se priporoča izpustitev enega odmerka zdravila pred načrtovanim posegom in še en dodaten varnostni teden. V pooperativnem obdobju se biološko zdravilo uvede takoj, ko je rana zaceljena (odstranitev šivov) in če ni okužbe (Praprotnik, Smrekar, Mervic idr., 2014). Bolniki pred predvidenim operativnim posegom poizvejo, kakšen zamik potrebujejo glede na zdravilo, ki ga prejema. Subkutana biološka zdravila se namreč odmerjajo različno pogosto, od enkrat na teden do enkrat na mesec.

5 Sklep

Iz podatkov, ki smo jih pridobili z našo raziskavo, lahko sklepamo, da je telefonsko svetovanje izrednega pomena za bolnike, ki prejemajo anti-TNF alfa biološka zdravila. Ravno tako smo ugotovili, da ne izstopa nobeno izmed zdravil, ki jih bolniki uporabljajo, kar pomeni tudi, da so vsi bolniki, ne glede na vrsto zdravila dobro educirani ter dobijo enaka navodila s strani vseh medicinskih sester, ki opravljajo edukacijo bolnikov. Posredovanje telefonskega kontakta bolnikom in njihovim svojcem tekom edukacije o subkutanem biološkem zdravilu je že del utečene rutine, ki se je izkazala za pravilno in dobrodošlo. Bolnikom možnost svetovanja, daje občutek varnost. Medicinske sestre pa obvezuje, da svoje znanje nenehno nadgrajujejo.

LITERATURA

1. Bolge, S. C., Goren, A. and Tandon, N. (2015). Reasons for discontinuation of subcutaneous biologic therapy in the treatment of rheumatoid arthritis: a patient perspective. *Patient Preference and Adherence*, 9, 121–131.
2. Ferreira, R., Marques, A., Mendes, A. and da Silva, J. A. (2015). Rheumatology telephone advice line - experience of a Portuguese department, 40 (2), 163–168.
3. Galloway, J. B., Hyrich, K. L., Mercer, L. K., Dixon, V. G., Fu, B., Ustianowski, A. P., Watson, K. D. and Lunt, M. (2011). Anti-TNF therapy is associated with an increased risk of serious infections in patients with rheumatoid arthritis especially in the first 6 months of treatment: updated results from the British Society for Rheumatology Biologics Register with special emphasis on risks in the elderly. *Rheumatology*, 50 (1), 124–131.

4. Hernández, M.V., Meineri, M. and Sanmartí, R. (2013). Skin Lesions and Treatment With Tumor Necrosis Factor Alpha Antagonists. *Reumatol Clin*, 09 (1), 53–61.
5. Pavič Nikolič, M. (2013). Are Patients in Slovenia Empowered for Self-Administration of Biological Medicines? *Ann Rheum Dis*, 72 (39), 1104.
6. Praprotnik, S., Smrekar, N., Mervic, L., Tlaker Žunter, V., Urlep, D. and Petek Šter, M. (2014). Multidisciplinarnе smernice za obravnavo bolnikov, ki prejemajo zaviralce TNF- α . Ljubljana: Društvo za razvoj revmatologije, 7–21.
7. Tlustochowicz, M., Kur-Zalewska, J. and Tlustochowicz, W. (2013). Rheumatoid arthritis patients' preferences regarding biological treatment in doctors' and patients' opinions – the results of the raise* survey in Poland. *Ann Rheum Dis*, 72 (3), 869.
8. Tomažič, J. (2010). Biološka zdravila in okužbe. *Zdrav Vestn*, 79, 726–734.
9. Toussiro, E., Streit, G. and Wendling, D. (2010). Infectious complications with anti-TNF α therapy in rheumatic diseases: a review, 1 (1), 39–47.
10. Van Eijk-Hustings, Y., Van Tubergen, A., Boström, C., Braychenko, E., Buss, B., Felix, J. idr. (2012). EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis*, 71 (1), 13–9.

Higiena rok pri zdravstvenih delavcih in pojavnost bolnišničnih okužb

UDK 616-022.36+613

KLJUČNE BESEDE: bolnišnične okužbe, higiena rok, večkratno odporne bakterije

POVZETEK - Okužbe povezane z zdravstvom, še posebno okužbe z večkratno odpornimi bakterijami, predstavljajo enega izmed pogostih zapletov zdravljenja v bolnišnicah. Dosledno izvajanje higijene rok je že vrsto let prepoznano kot eden ključnih faktorjev za obvladovanje širjenja okužb v zdravstveni dejavnosti. Namen raziskave je bil retrospektivno analizirati rezultate mikrobioloških preiskav vzorcev kužnin v bolnišnici Topolšica o pojavljanju večkratno odpornih bakterij za petletno obdobje (2011-2016) ter omenjene rezultate primerjati z rezultati spremljanja higijene rok pri zdravstvenih delavcih. Doslednost izvajanja higijene rok v petih ključnih trenutkih je bila spremljana tako v okviru odkritega kot prikritega opazovanja. V obravnavanem obdobju je zaznati povezavo med deležem odvzetih nadzornih kužnin ob sprejemu in deležem bolnikov, pri katerih so dokazali prisotnost večkratno odpornih bakterij, ter povezavo med doslednim izvajanjem higijene rok in pojavnostjo z rezistentnimi sevi koloniziranih bolnikov. Ugotovitve raziskave kažejo na pomen izobraževanja in usposabljanja zaposlenih zdravstvenih delavcev o higieni rok. Rezultati nadzora nad izvajanjem higijene rok so razkrili razliko med znanjem in vestno izvedbo, ki se kaže v slabši izvedbi v trenutkih, ko zdravstveni delavec prisotnosti ocenjevalca ne zazna. Za uspešno izvajanje higijene rok je pomembno stalno delo z zaposlenimi in njihovo opolnomočenje ter spodbujanje k vestni in pravilni higieni rok.

UDK 616-022.36+613

KEY WORDS: healthcare-associated infections, hand hygiene, multiple resistant bacteria

ABSTRACT - Healthcare-associated infections, especially hospital-acquired infections from multiple resistant bacteria, present one of the most common complications of hospital care. Strict adherence to recommended hand hygiene practices has long been recognized as one of the key factors in healthcare infection prevention. The purpose of the study was a retrospective analysis of the results of microbiological examination of microbiological samples for MRSA and ESBL in the Topolšica hospital. The study focused on the incidence of multiple resistant bacteria in the five-year period (2011 – 2016). The findings were compared to the results of the hand hygiene practices among healthcare workers. Adherence to hand hygiene standards was monitored in five key moments by both, overt and covert observation. Within the stated period, the relation was established between the incidence of resistant strains of colonised patients and the strict adherence to the hand hygiene standards. The research findings clearly indicate the necessity of education and training of the employed healthcare workers about the hand hygiene. The results of the hand hygiene observation documented the gap between the knowledge and hand hygiene performance which was revealed under covert observation. To achieve the strict hand disinfection practice, it is necessary to continuously educate and encourage compliance of healthcare workers with the correct hand hygiene procedures.

1 Teoretična izhodišča

Zdravstveni delavci vsak dan oskrbijo veliko bolnih ljudi, pogosto se dotikajo bolnikov in njihove okolice. Med nujenjem zdravstvene oskrbe obstaja tveganje za prenos različnih mikroorganizmov na bolnika, če postopkov higijene rok ne izvajajo dosledno (WHO, 2009). Zato so okužbe, povezane z zdravstvom žal pogost, nezaželen dogodek, povezan s hospitalizacijo bolnikov. Bolnišnične okužbe predstavljajo najpomembnejši delež okužb, povezanih z zdravstvom, še zlasti, ker praviloma prizadenejo

najranljivejše skupine bolnikov. Bolnišnične okužbe ne prinesejo samo finančnih stroškov, ampak podaljšajo hospitalizacijo, pomembno prispevajo k smrtnosti bolnikov in k trajni invalidnosti (Lejko Zupanc, 2013). Njihovo število v svetovnem merilu štejemo v več milijonih (Longtin idr., 2009) in so žal najpogostejši neželeni dogodek v zdravstveni oskrbi po svetu (WHO, 2011). Epidemiološko spremljanje bolnišničnih okužb je sestavni del programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (Lužnik idr., 2009), rezultati pa omogočajo prepoznavo dejavnikov tveganja za njihov nastanek ter ustrezno načrtovanje ukrepov za njihovo preprečevanje (Lužnik idr., 2009). Poročilo o kazalnikih kakovosti slovenskih bolnišnic Ministrstva za zdravje RS (2016) kaže, da je delež bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA za leti 2012 in 2013 med 0,05 % in 0,56 %. Dosledna higiena rok je zato najenostavnejši, najcenejši in najpomembnejši ukrep za zmanjšanje pojavnosti tovrstnih okužb in za preprečevanje širjenja na antibiotike večkratno odpornih bakterij (Lužnik idr., 2009; WHO, 2009; Allegranzi in Pittet, 2009). Kljub zavedanju, da je dosledno izvajanje higiene rok najenostavnejši, a hkrati tudi najpomembnejši dejavnik za uspešno obvladovanje in preprečevanje okužb, je doslednost izvajanja higiene rok med zdravstvenimi delavci pogosto še vedno slaba in se giblje pod štiridesetimi odstotki (Longtin idr., 2011).

S pojmom higiena rok opredeljujemo več nujnih postopkov higienizacije, od umivanja rok, razkuževanja, nege in uporabe rokavic do izvajanja principa nedotikanja. V mikrobiološkem smislu je razkuževanje učinkovitejše od umivanja, saj z razkuževanjem s kože odstranimo od 100- do 1000-krat več bakterij kot z umivanjem (Trampuž idr., 2001; Likar in Bauer, 2006). Tudi zato ima v okviru varne obravnave bolnikov vodilno vlogo razkuževanje rok z alkoholnimi razkužili. S številnimi raziskavami (WHO, 2016a) so dokazali, da zvišanje doslednosti razkuževanja rok, predvsem z uporabo alkoholnih razkužil, ostaja najpomembnejši, nepogrešljiv in nujen dejavnik za uspešno preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom (Likar in Bauer, 2006; Tomič, 2014; WHO, 2016a). Nekateri strokovnjaki so mnenja, da bi ustrezna complianca razkuževanja rok morala postati pogoj za akreditacijo bolnišnic (Huang idr., 2014). Ob tem velja izpostaviti, da razkuževanje z rok ne odstrani umazanije, zato vedno razkužujemo le roke, ki niso vidno onesnažene ali mokre. Roke razkužujemo med delovnimi postopki pri enem bolniku, po delu z bolnikom ali ob prehodu od enega bolnika k drugemu, torej pred in po stiku z vsakim pacientom. Roke razkužujemo dosledno po stiku s kužninami, kužnimi predmeti, pripomočki, površinami ter vedno pred in po uporabi rokavic. Nanesemo dovolj razkužila, najmanj 3 ml, na celotno površino rok in ga vtiramo do suhega po celotni površini dlani, približno 15 do 30 sekund. Pazimo na pogosto izpuščena področja (WHO, 2009).

Po navedbah Svetovne zdravstvene organizacije je za varnejšo zdravstveno oskrbo pomembno, da se higiena rok izvaja ob predvidenih trenutkih/priložnostih, zato so razvili sistem za ocenjevanje doslednosti izvajanja higiene rok, ki zajema pet ključnih trenutkov/priložnosti s poudarkom na razkuževanju rok. Priložnost je potreba po izvajanju higiene rok, da se prekine prenos mikroorganizmov z rokami in je definirana vsaj z enim od možnih petih trenutkov za higieno rok (WHO, 2009). Indikacija je defini-

rani trenutek, ko je treba izvesti dejanje higiene rok. Znotraj ene priložnosti je možno zabeležiti več indikacij, odvisno od opazovane priložnosti (Perme in Prosen, 2013).

Namen raziskave je retrospektivno analizirati in prikazati rezultate mikrobioloških preiskav vzorcev kužnin za petletno obdobje pojavljanja večkratno odpornih bakterij v bolnišnici Topolšica za obdobje 2011 do 2016 in povezati rezultate z rezultati opazovanj izvajanja higiene rok v petih ključnih trenutkih. Ugotoviti smo želeli, ali se kažejo razlike v doslednosti izvajanja higiene rok pred in po usposabljanju o higieni rok ter ali se pojavljajo razlike, ko se opazovani zdravstveni delavci zavedajo prisotnosti ocenjevalca in kadar opazovani zdravstveni delavec prisotnosti opazovalca ne zazna.

2 Metoda

Retrospektivno smo analizirali rezultate mikrobioloških preiskav vzorcev kužnin odvzetih v bolnišnici Topolšica za petletno obdobje od 2011 do 2016. Pregledali smo podatke spremljanja kazalnika kakovosti kolonizacije z MRSA in rezultate pojavljanja ESBL pozitivnih bakterij. Dobljene podatke smo statistično obdelali, jih analizirali in medsebojno primerjali.

Hkrati je bilo izvedeno tudi opazovanje doslednosti izvajanja higiene rok po metodologiji Svetovne zdravstvene organizacije, ki temelji na bolniku in bolnikovi okolici. Metodologija zajema pet trenutkov/priložnosti za higieno rok, kjer so vključene vse indikacije, ki jih izvaja zdravstveni delavec pri oziroma ob bolniku (WHO, 2009). Za raziskovalni del smo za metodo opazovanja delovnega procesa s poudarkom na higieni rok uporabili opazovalno listo WHO (WHO, 2009), s katero smo po vnaprej določenih kriterijih spremljali doslednost izvajanja higiene rok zaposlenih zdravstvenih delavcev v petih ključnih trenutkih. Zajeli smo obdobje od januarja 2014 do junija 2016. V obdobju enega opazovanja smo zabeležili vsaj 200 priložnosti na 100 postelj. Opazovalec je spremljal delovne postopke v opazovani bolniški sobi in beležil indikacije za izvajanje higiene rok in njihovo dosledno izvajanje vseh zaposlenih v prostoru. V prvem in drugem delu opazovanja so opazovanci vedeli, da so opazovani. V času tretjega opazovanja opazovanci niso zaznali prisotnosti opazovalca. Uporabljena je bila komparativna metoda, s katero smo primerjali dobljene rezultate.

3 Rezultati

V bolnišnici Topolšica se spremlja tako koloniziranost bolnikov z rezistentnim sevom MRSA kot tudi rezultate pojavljanja ESBL pozitivnih bakterij. V tabeli 1 je prikazano število in delež kužnin, odvzetih pri bolnikih in število ter delež koloniziranih z večkratno odpornim sevom MRSA. Delež potrjenih primerov z leti nekoliko niha, a je v vseh opazovanih letih krepko pod 3 odstotki vseh sprejetih bolnikov; delež bolnikov, ki so MRSA pridobili v bolnišnici Topolšica niha v obravnavanem časovnem intervalu med 0,34 in 0,61 %.

Tabela 1: Spremljanje pojavnosti MRSA v bolnišnici Topolšica po letih v obdobju od 2011 do junija 2016

MRSA								
	Število sprejemov v bolnišnico	Odvzete nadzorne kužnine (število bolnikov)	Odvzete nadzorne kužnine (delež bolnikov)	Odvzete nadzorne kužnine	Število potrjenih primerov	Delež potrjenih primerov	Število bolnikov koloniziranih pred sprejemom	Število v bolnišnici pridobljenih okužb
	(N)	(N)	(%)	(N)	(N)	(%)	(N)	(N)
2011	3661	1033	28,2	3283	69	1,9	47	22
2012	3579	759	21,2	2279	89	2,5	67	22
2013	3483	893	25,6	2673	73	2,1	61	12
2014	3730	860	23,1	2513	54	1,4	35	19
2015	3669	974	26,5	2937	69	1,9	55	14
2016*	1930	891	46,2	2718	50	2,6	41	9

* do junija 2016

Delež potrjenih primerov pojavnosti ESBL pozitivnih bakterij (tabela 2) je nekoliko višji kot delež primerov MRSA pozitivnih bolnikov in znaša med dobre 3% v letu 2011 in 7 % v letu 2015. Z leti je opaziti trend naraščanja števila pozitivnih primerov, kar lahko pripišemo deloma boljši diagnostiki deloma pa verjetno povečanemu pojavljanju ESBL pozitivnih bakterij (graf 1).

Tabela 2: Spremljanje pojavnosti ESBL v bolnišnici Topolšica po letih v obdobju od 2011 do junija 2016

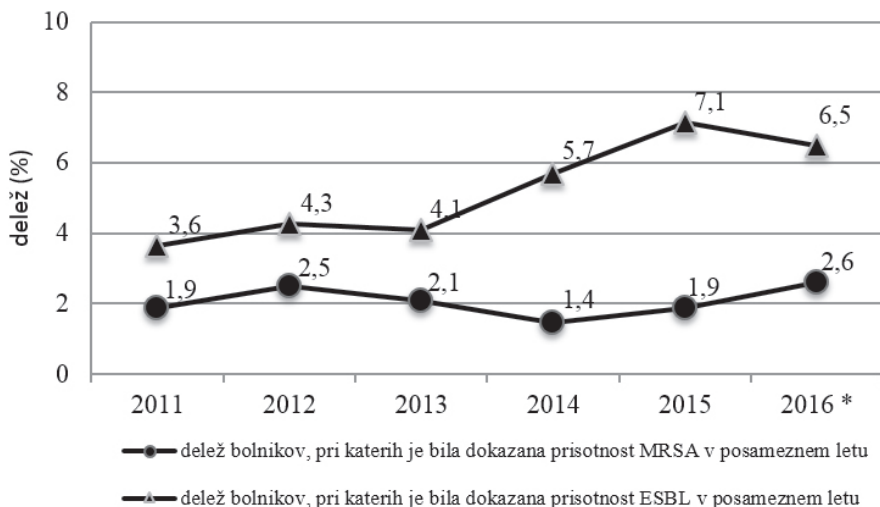
ESBL			
	odvzete nadzorne kužnine (število)	število potrjenih primerov	delež potrjenih primerov
	(N)	(N)	(%)
2011	1296	133	3,6
2012	1406	153	4,3
2013	1480	143	4,1
2014	1457	212	5,7
2015	1627	262	7,1
2016*	1549	125	6,5

* do junija 2016

Spremljanje in ocenjevanje kazalnika kakovosti, vezanega na higieno rok se v bolnišnici Topolšica izvaja od leta 2014 dalje. Pred prvim pilotnim opazovanjem v letu 2014 se je izvedlo interno izobraževanje za vse zaposlene v bolnišnici, kjer se je zaposlene seznanilo tudi z novim kazalnikom kakovosti. Pri opazovanju izvajanja higijene rok je bilo tekom termina opazovanja zabeleženih 414 indikacij za higieno rok, izvajanje je bilo 75 odstotno, opazovani zdravstveni delavci so se prisotnosti ocenjevalca tekom opazovanja zavedali. Tudi v letu 2015 se je izvedlo izobraževanje, na katerega pa je bil med zaposlenimi zdravstvenimi delavci slab odziv. Opazovanje se je izvajalo v prvem in drugem polletju leta, v obeh primerih so se zaposleni zavedali prisotnosti opazovalca. Od 722 zabeleženih indikacij za izvedbo rok je bila komplan-

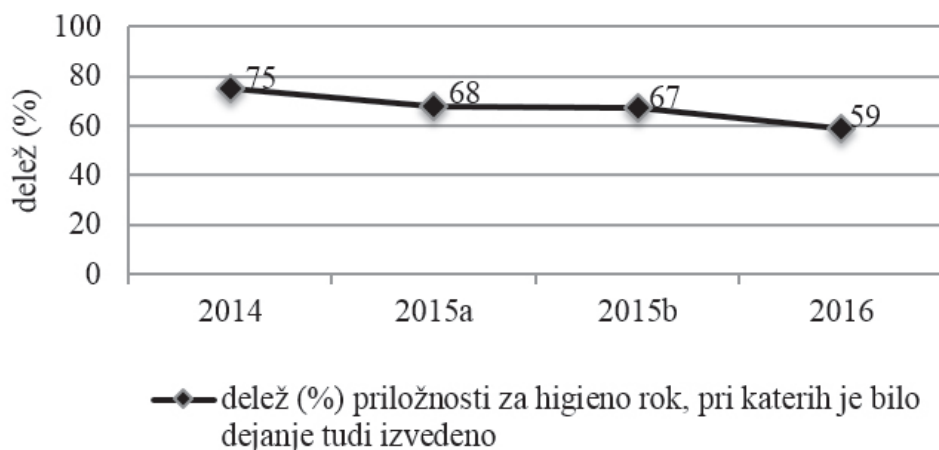
ca slabša kot v predhodnem letu, v prvem polletju 68 % in v drugem 67 %. V prvem polletju leta 2016 je bilo izvedeno prikrito opazovanje, predhodno pa izobraževanja niso izvajali. Zabeležili so 59 % compliance oziroma doslednost izvajanja higiene rok med zdravstvenimi delavci.

Graf 1: Delež (%) vseh bolnikov v bolnišnici Topolšica, pri katerih je bila dokazana prisotnost večkratno odpornih bakterij v posameznem letu v obdobju od 2011 do junija 2016



* do junija 2016

Graf 2: Delež (%) priložnosti za higieno rok, pri katerih je bilo dejanje tudi izvedeno v obdobju od 2014 do 2016



Zanimivo je, da (sicer pilotno enkratno) opazovanje izvajanja higiene rok na nek način sovпада s povečevanjem deleža bolnikov tako z MRSA kot ESBL tekom posameznega leta opazovanja (graf 2).

4 Razprava

Z raziskavo smo ugotovili naraščanje deleža bolnikov, pri katerih je bila odkrita prisotnost ESBL pozitivnih bakterij. Z višjim deležem odvzetih nadzornih kužnin se viša delež odkritih bolnikov, pri katerih je bila dokazana prisotnost večkratno odpornih bakterij. Primerjava pridobljenih petletnih podatkov v bolnišnici Topolšica z objavljenimi podatki Ministrstva za zdravje o spremljanju deleža bolnikov, ki so pridobili MRSA v posamezni bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA za leti 2012 in 2013, lahko sklepamo, da je trend gibanja deleža bolnikov, ki so pridobili MRSA v posamezni ustanovi, v upadanju. V letu 2014 je bilo v bolnišnici Topolšica zaznati rahel dvig deleža bolnikov, ki so pridobili MRSA, glede na število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena prisotnost MRSA. V omenjenem obdobju se je znižal delež odvzetih nadzornih kužnin ob sprejemu v bolnišnico, čemur bi lahko pripisali porast deleža bolnikov, ki so pridobili MRSA v bolnišnici. Na podlagi analize lahko sklepamo, da obstaja povezava med deležem bolnikov, ki so pridobili MRSA v bolnišnici, in številom odvzetih nadzornih kužnin ob sprejemu v bolnišnico. Višji kot je delež odvzetih nadzornih kužnin ob sprejemu, nižji je delež bolnikov, ki so pridobili MRSA v bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA. Trampuž in sodelavci (2001) poudarjajo, da je izkoreninjenje MRSA v bolnišnici možno le, če poleg prekinitve verige prenosa, doslednega razkuževanja rok, izkoreninimo tudi vire. Med ukrepe med drugim sodi odvzem nadzornih kužnin ob sprejemu v bolnišnico. V letu 2016 je kljub visokemu odstotku odvzetih nadzornih kužnin zaznati trend dviga deleža bolnikov, ki so MRSA pridobili v bolnišnici. Ob hkratnem spremljanju doslednosti izvajanja higiene rok smo zaznali upad doslednosti pri izvajanju higiene rok in to povezali z dvigom deleža bolnikov, ki so MRSA pridobili v bolnišnici, kar lahko podpremo z ugotovitvami Svetovne zdravstvene organizacije.

Pri doslednosti izvajanja higiene rok smo spremljali vpliv izobraževanja in zavedanja ocenjevanja pri zaposlenih na doslednost izvajanja higiene rok. Z analizo pridobljenih rezultatov doslednosti izvajanja higiene rok smo dokazali, da izobraževanje in poučevanje vplivata na delež doslednosti. Pri drugem opazovanju je bila udeležba na izobraževanju zelo nizka, kar lahko povežemo z nižjim deležem doslednosti izvajanja higiene rok med zaposlenimi. V obeh primerih so se zdravstveni delavci zavedali prisotnosti ocenjevalca. Pred zadnjim opazovanjem izobraževanja nismo izvedli, prav tako se zdravstveni delavci niso zavedali prisotnosti ocenjevalca. Delež doslednosti izvajanja higiene rok je upadel. Pri opazovanju izvajanja doslednosti higiene rok smo prišli do zaključka, da izobraževanje vpliva na doslednost, vendar ima zavedanje, da so zdravstveni delavci pri svojem delu opazovani, večji vpliv na doslednost izvaja-

nja higijene rok. Kadar se zdravstveni delavci zavedajo prisotnosti ocenjevalca, so pri doslednosti izvajanja higijene rok učinkovitejši. Svetovna zdravstvena organizacija (2016b) navaja, da higiena rok dokazano zmanjšuje prenos večkratno odpornih bakterij in bistveno prispeva k znižanju pojavljanja okužb povezanih z zdravstvom in tako higiena rok ostaja temelj preprečevanja okužb, povezanih z zdravstvom.

LITERATURA

1. Allegranzi, B. in Pittet, D. (2009). Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection*, 73, 305–315.
2. Huang, G. K., Stewardson, A. J. and Grayson, M. L. (2014). Back to basic: Hand hygiene and isolation. *Curr Opin Infect Dis*, 27, 379–389.
3. Kazalniki kakovosti v zdravstvu – letno poročilo 2012 in 2013 (2016). Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Pridobljeno 27. 5. 2016, s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/kazalniki_kakovosti_okt_okt_2015.pdf.
4. Lejko Zupanc, T. (2013). Globalni pogled na problematiko okužb, povezanih z zdravstvom. *Medicinski razgledi*, 52 (6), 5–10.
5. Likar, K. in Bauer, M. (2006). Izbrana poglavja iz higijene. Ljubljana. Visoka šola za zdravstvo, 71–50.
6. Longtin, Y., Sax, H., Allegranzi, B., Schnaider, F. and Pittet, D. (2011). Hand Hygiene. *The New England Journal of Medicine*. Pridobljeno 1. 9. 2016, s <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMvcm0903599>.
7. Lužnik, T., Klavs, I., Avsec Letonja, D., Dolenc, M., Dolinšek, M. idr. (2009). Strokovne podlage in smernice za obvladovanje in preprečevanje okužb, ki so povezane z zdravstvom oziroma zdravstveno oskrbo. Druga dopolnjena izdaja. Ljubljana, Slovenija: Ministrstvo za zdravje RS. Pridobljeno 1. 8. 2016, s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/str_smernice_okuzbe_feb2010/MZ_Naslovnica_Smernice_2009.pdf.
8. Perme, J. in Prosen, M. (2013). Dokumenti Svetovne zdravstvene organizacije na temo higijena rok. V Zbornik prispevkov z recenzijo 4. simpozija Katedre za temeljne vede, Kranj, 13. oktober 2013 (str. 48–54). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
9. Tomič, V. (2014). Higijena rok kot nov kazalnik kakovosti .V: Zbornik predavanj Golniškega simpozija, Bled, 3. in 4. oktober 2014 (str. 28–31). Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo.
10. Trampuž, A., Miklavčič, V., Musič, D. and Šuligoj, Z (2001). Na meticilin odporni *Staphylococcus aureus* (MRSA): Kako preprečiti njegovo širjenje v bolnišnicah in ambulantah. *Obzornik zdravstvene nege*, 35, 81–7.
11. WHO (2009). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Pridobljeno 1. 8. 2016, s <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906eng.pdf>.
12. WHO (2011). Patient Safety. Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide. Clean Care is SaferCare. Pridobljeno 1. 8. 2016, s <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507eng.pdf>.
13. WHO (2016a). Evidence of hand hygiene to reduce transmission and infections by multi- drug resistant organisms in health-care setting. Pridobljeno 1. 9. 2016, s http://www.who.int/gpsc/5may/MDRO_literature-review.pdf?ua=1. <1. 9. 2016>
14. WHO (2016b). Background to Clean Care is Safer Care. Pridobljeno 1. 8. 2016, s <http://www.who.int/gpsc/background/en/>.

Školovanje dece na bolničkom lečenju

UDK 373.3:614.21

KLJUČNE REČI: nastava, djeca, hospitalizacija

POVZETEK - Bolest i hospitalizacija dovode do gubitka školskih dana i uskraćenosti obrazovanja hospitalizovane dece. Pohađanjem škole u okviru bolnice predstavlja važan mehanizam za pomoć deci da se izbore sa hospitalizacijom i teškoćama njihove bolesti. Obaveza škole je da učenicima kroz nastavu omogući: da stiču znanja, veštine i navike u skladu sa propisanim nastavnim programom. Bolničko lečenje pomaže deci da ostanu povezani sa redovnim obrazovnim i društvenim delatnostima. Cilj ovog rada jeste da se sagledaju i uporede načini i program obrazovnog rada sa decom na bolničkom lečenju u Srbiji kao i u zemljama u okruženju. Rad u bolnicama sa bolesnom decom ima posebnu specifičnu težinu, zahteva veliku odgovornost, ljudskost, humanost te izvođenje nastave mora biti prilagođeno zdravstvenom stanju dece. Zadatak škola i u svetu i kod nas je da rad sa učenicima učine što sadržajnijim i kreativnijim. Hospitalizacija i kod odraslih i kod dece izaziva strah i neprijatnost. Cilj postojanja škole u bolnicama ima terapeutsku funkciju delovanja kod kratkog ili dugog boravka u bolničkim uslovima, ali i socijalizaciju učenika i njihovu integraciju po povratku sa bolničkog lečenja. U svakom momentu nastavnik mora imati odgovornost prema svom radu, zbog specifičnog uslova rada, trudeći se da im nastava znači radost, rasterećenje i malu zaborav na bolest. U tom procesu treba obratiti pažnju na škole sa tzv. posebnim kategorijama učenika, među koje spadaju i škole za rad sa decom na bolničkom i kućnom lečenju.

UDC 373.3:614.21

KEY WORDS: teaching, children, hospitalisation

ABSTRACT - Illness and hospitalisation lead to loss of school days and the deprivation of education of hospitalised children. Attending a hospital school is an important mechanism to help children to cope with hospitalisation and difficulties of their illness. The obligation of the school is that students gain knowledge, skills and habits in accordance with the prescribed curriculum while in hospital. Hospital treatment helps children to stay connected with regular education and social activities. The aim of this paper is to summarise and compare the methods and programme of educational work with children hospitalised in Serbia and in other regional countries. The work in the hospital with sick children is particular and severe, requires great responsibility, humanity, and teaching performance must be adapted to the health status of children. The task of schools in the world and in our country is that work with students is more meaningful and more creative. Hospitalisation causes fear and discomfort in adults and children. The goal of hospital schools has therapeutic function of operation for short or long hospital stay, the socialisation of students, and their integration after returning from the hospital. At any moment, the teacher must have a responsibility for their work due to the specific working conditions, trying to make the lessons joyful, relieving and to make students forget about their disease for a while. In this process, the attention should be paid to the school for special categories of students, among which are also hospital schools to work with children in hospital and home treatment.

1 Uvod

Osnovni cilj obrazovanja je da se stvore i obezbede potrebni društveno-ekonomski, i pedagoško-didaktički uslovi, da se školski rad i učenje humanizuje, da se svaki učenik pojedinačno, optimalno razvija i napreduje u granicama svojih mogućnosti. Ono što je značajno za nastavu je njena fleksibilnost koja se odnosi na nastavne sadržaje, metode, organizacione forme i sredstva nastave i učenja (Đorđević, 1997). U pogledu nastavnih sadržaja, nastava mora da obezbedi zajedničku osnovu svim učenicima (Vilotijević, 2000). Učenici se razlikuju prema mogućnostima i tempu učenja, a nastava treba

da obezbedi takve sadržaje koje će zadovoljiti različite nivoe, zavisno od mogućnosti i interesovanja učenika, pa je zato individualizovana i diferencirana nastava posebno značajna. U tom procesu treba obratiti pažnju na škole sa tzv. posebnim kategorijama učenika, među koje spadaju i škole za rad sa decom na bolničkom lečenju. Tvorci i osnivači organizovanog učenja u bolnicama bili su pedijatri, dečji hirurzi, psihijatri. Njihova humana namera bila je da podrže ozdravljenje deteta školskog uzrasta i njegov pravilni razvoj uz mogućnost obrazovanja i učenja (Joksimović, 1995).

2 Postanak i razvoj ideje o školovanju dece na bolničkom lečenju

Početkom 20. veka javljaju se prvi podaci o organizovanoj nastavi i učenja u okviru bolničkog-dečjeg odeljenja (Santrač, 2016). Prvi osnivači, odnosno lekari, ukazali su najmnje dva razloga postojanja škole u okviru bolnice (Aleksić, 2009, str. 9):

Potreba da im se gradivo ne nagomilava i da se ne prave »šupljine« u njihovom obrazovanju, koje je posle teško nadoknaditi.

Škola ima pozitivno dejstvo u procesu njihovog lečenja. Jer je škola u okviru bolnice deci često bila jedina veza sa svetom, potvrda da se ne razlikuju od svojih vršnjaka i da će im se kada bolest prodje opet vratiti. Postanak i razvoj školovanja dece na bolničkom lečenju ogleda se kroz nekoliko faza razvoja (Trnavac, 1995, str. 265–266):

- Prve oblike školovanja organizovali su sami lekari, kako iz humanih tako iz terapeutskih razloga, angažovanjem honorarnih ili stalnih učitelja.
- Organizovana forma obrazovnog-vaspitnog rada se pojavila kada su tome pristupile bolnice, i to na institucionalizovan način i na teret svojih troškova.
- Prve forme vaspitno-obrazovnog rada sa decom u bolnicama veoma dugo su se odnosile samo na mlađi školski uzrast (I-IV razreda Osnovne škole) i aktivnosti učitelja.
- Prelazna rešenja su se pojavljivala u formi konsultativnog i instruktivnog rada, kao pomoć učenicima da se posle lečenja lakše uključe u školski život.
- Nešto sistematičnija briga bila su u tzv. bolnička odeljenja koja su organizaciono pripadala, teritorijalno, najbližim osnovnim školama; status učenika je regulisan u dve varijante: a) sa polaganjem razrednih ispita pred posebnim komisijama, i b) sa svim funkcijama (nastava, ocenjivanje ...).
- Puna institucionalizacija i zasebnost ove vrste školovanja javlja se otvaranjem posebnih škola koja imaju odeljenja u pojedinim bolnicama i svoje nastavnike, ali i sa programima i organizacionim obavezama redovnih osnovnih škola.
- Još razvijeniji i autonomniji tip škole je posebna škola koja bi radila na osnovu posebnih zakonskih rešenja, normativnih akata, programa i organizacionih rešenja u više podvarijanti.
- Posebni organizacioni tip može da bude u tzv. dnevnim bolnicama- škola za specifične kategorije dece koja preko dana dolaze u bolnicu radi lečenja i školovanja.

2.1 Ciljevi i zadaci obrazovanja i vaspitanja učenika na bolničkom lečenju

Nastava za učenike na bolničkom i kućnom lečenju regulisana je Zakonom o osnovnom obrazovanju i vaspitanju Republike Srbije (2013) član 37. u kome se precizira da škola može da organizuje obrazovno/vaspitni rad kao poseban oblik rada za učenike na dužem bolničkom lečenju uz saglasnost Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja. Za učenike koji zbog zdravstvenih problema ili hroničnih bolesti ne mogu da pohađaju nastavu duže od tri nedelje, nastava se organizuje u zdravstvenoj ustanovi ili kod kuće. Roditelji su u zakonskoj obavezi da obaveste matičnu školu deteta o ovoj vrsti potrebe. Način organizovanja nastave za učenike na dužem bolničkom lečenju propisuje resorno ministarstvo (Santrač, 2016).

Fleksibilnost i stalna promenljivost je osnovna karakteristika organizacije pedagoškog rada škola u sastavu bolničkog okruženja (Trnavac, 1995). Njena fleksibilnost se ogleda u tome da se nastava prilagodi zdravstvenim mogućnostima svakog hospitalizovanog deteta/učenika (Hadžić, 1995). Poznato je da plan i program vaspitno-obrazovnog rada predstavlja osnovu za izradu operativnih planova za pojedine nastavne predmete. U većini ovih programa potrebno je napraviti selektivnost programskih sadržaja, a u zavisnosti od tipa bolesti i zdravstvenog stanja bolesnog deteta neophodno je selekcionisati i Nastavni plan i prilagoditi ga mogućnostima realizacije u bolnici. Zato je nastavnicima potrebno da pre izrade operativnih planova stručni saradnici i lekari daju osnovne podatke o zdravlju deteta i psihološke mogućnosti za utvrđivanje programskih sadržaja koji bi pomogli bolesnom detetu da ih savladuje više kao »rekreativni« sadržaj nego kao »strogo obavezni programski sadržaji« (Brkić, 2009). Kako navodi Nedeljković (Nedeljković, 1995) u radu nastavnika u bolničkim školama primaran je odnos, između nastavnika i učenika, a sekundarno je znanje koje učenici usvajaju u njihovim bolničkim učionicama. Polazeći od tvrdnje dečjih lekara da učenje tokom hospitalizacije ima terapeutski značaj za dete (Santrač, 2016), obrazovno-vaspitni rad zbog prirode učenikove bolesti i psihofizičkog stanja pri učenju u bolnici podrazumeva proces koji je u funkciji terapeutskog delovanja kod kratkog ili dugog boravka u bolničkim uslovima. Radi ostvarivanja cilja i zadataka obrazovanja i vaspitanja učenika na bolničkom lečenju potrebno je prilagođavati propisane nastavne planove i programe. Takođe je potrebno primeniti adekvatne metode i sredstva rada zavisno od potreba učenika i mogućnosti njihovih ostvarivanja. Oblici rada sa učenicima treba da omoguće socijalizaciju učenika i njihovu integraciju po povratku sa bolničkog lečenja.

Organizacija vaspitno-obrazovnog rada može se realizovati: u bolničkoj učionici, u bolničkoj sobi ili trpezariji. Brojčajna obuhvaćenost učenika nastavom je promenljivog karaktera i zbog toga je čest primer kombinovanog rada, retki su slučajevi gde su odeljenja čista (pogledati tabelu br. 1). Upravo ovaj primer dokazuje postojanja fleksibilne organizacije i nastavne individualizacije u okviru bolničke škole.

Za ostvarivanje navedenih ciljeva neophodno je prilagođavati nastavne planove i programe (matičnih) škola učenika, prilagođavati metode, oblike i nastavna sredstva za učenje i nastavu u bolnici. Oblici nastavnog rada sa učenicima u bolnicama kao i redovnim školama ima za cilj omogućavanje socijalizacije i integracije učenika. Škola može da organizuje privremenu i povremenu nastavu u kući i za učenike koji ne

mogu da pohađaju nastavu/školu ili se često vraćaju na bolničko lečenje. Stručnim uputstvom je definisan obuhvat učenika na bolničkom i kućnom lečenju na teritoriji Republike Srbije (Stručno uputstvo o organizovanju nastave za učenike na kućnom ili bolničkom lečenju, 2006, str. 1–2):

1. sa smetnjama u telesnom razvoju koja se ispoljavaju u vidu ozbiljnih dugotrajnih teškoća u vršenju motornih radnji ili osnovnih životnih funkcija koje ograničavaju ili onemogućuju upražnjavanje životnih potreba koje odgovaraju uzrastu, polu i socijalno-kulturnom identitetu učenika;
2. sa smetnjama u telesnom razvoju koje su najčešće povezane sa teškim i trajnim oštećenjima: koštano-zglobnog sistema, telesnim deformitetima, mišićnim i neuromišićnim oboljenjima, oštećenjima centralnog i perifernog nervnog sistema ili hroničnim oboljenjima koja narušavaju zdravstveno stanje učenika, značajno utiču na život učenika i često zahtevaju zdravstveni nadzor;
3. sa višestrukim smetnjama u razvoju što podrazumeva udruženost dve ili više vrsta ometenosti kod istog učenika usled čega se učenik suočava sa brojnim preprekama;
4. sa višestrukim smetnjama u razvoju koje se ispoljavaju sa perverzivnim razvojnim poremećajem (vid kvalitativnog oštećenja uzajamnih socijalnih odnosa) u smislu nerazvijenosti ili neuobičajene upotrebe govora u socijalnoj komunikaciji i ograničenih, repetitivnih i stereotipnih obrazaca ponašanja, interesovanja i aktivnosti. Navedene teškoće se ispoljavaju u svim situacijama i značajno otežavaju ili onemogućuju socijalno funkcionisanje učenika.

Tabela 1: Organizacija vaspitno-obrazovnog rada škole. Brojno stanje učenika i odeljenja, struktura odeljenja po bolnicama (preuzeto iz godišnjeg plana rada OŠ »dr. Dragan Hercog«, Beograd).

<i>Bolnica</i>	<i>I</i>	<i>II, III</i>	<i>III, IV</i>	<i>V, VI</i>	<i>VII, VIII</i>	<i>V, VIII</i>	<i>V, VII</i>	<i>V, VIII</i>	<i>VI, VII</i>	<i>VI, VIII</i>	<i>VIII</i>	<i>I, IV</i>	<i>Ukupno</i>
UDK						3						3	6
Banjica						4						4	8
Dedinje						1						1	2
Novi Beograd						3						3	6
Rehabilitacija							1			1		1	3
Cerebrala 1								1	1			1	3
Cerebrala 2		1		1	1							-	3
Zemun						1						1	2
Neurologija						1						1	2
IMZ									1		1	1	3
Onkologija						1						1	2
Zvečanska	2												2
<i>Ukupno</i>	2	1		1	1	14	1	1	2	1	1	17	

2.2 Škola kao terapeutska funkcija

Kod dece koja su dugo hospitalizovana i puno primaju informacije o svojoj bolesti mogu se javiti osećaji potiskivanja, pada i neispoljavanja emocija (Santrač, 2016). Kako pojedini autori navode (Bučević Sanvincenti, 2010) razlozi zbog kojih je bo-

ravak u bolnici opterećujući za decu su: izloženost nepoznatoj okolini i događajima, nesigurnost ishoda lečenja, odvajanje od roditelja, gubitak kontrole, strah od bola i povrede tela. Isti autori navode najčešće smetnje kod hospitalizovane dece: uznemirenost, loše spavanje, problemi u ishrani, problemi u ponašanju (prkos, nedruštvenost, regresija), psihosomatska stanja (umor, povraćanje, glavobolja ...) i govorne smetnje. Jedan od oblika prevencije jeste igra koja se organizuje u sklopu vannastavnih i kulturnih aktivnosti. Kreativni tim koji čine nastavnici/vaspitači i medicinske sestre su glavni organizatori kako da animiraju i učine da boravak u bolnici bude manje stresan. Kroz igru dete/učenik može lakše da prebrodi boravak u bolnici samim tim što im odvlači pažnju od bolesti i razdvojenosti od kuće, porodice, društva i matične škole (Hadžić, 1995). Često se igra koristi kao jedan od vidova psihoterapije, pa se ne kaže bez razloga za igru da je ona »lek« na koje dete/učenik uvek imaju pravo (Santrač, 2016).

2.3 Modeli obrazovanja i vaspitanja dece na bolničkom lečenju u svetu

Obrazovanje je osnovno pravo sve dece uključujući i hospitalizovanu. Potreba za obrazovanjem bolesne dece neophodna je kako na našim prostorima tako i u svetu. Možemo zaključiti (tabela 2) da se pravo na obrazovanje deteta poštuju i da se ono realizuje u skladu sa potrebama učenika i njegovim mogućnostima. Način organizovanja nastave za decu na bolničkom lečenju nije u potpunosti isti (tabela 2). Jedina specijalizovana i autonomna osnovna škola, koja isključivo radi sa decom na bolničkom i kućnom lečenju je OŠ »Dragan Hercog« u Beogradu. Uočava se vidljiva razlika opremljenosti bolničkih učionica tehničko-tehnološkim sredstvima u nastavi. Te razlike se odnose na standarde opremljenosti učionica, opremljenosti nastavnih sredstava što utiče na kvalitet izvođenja nastave. Primeri dobre prakse nam govore da se učenje i nastava na daljinu može organizovati. Posmatrajući tabelu možemo da zaključimo da (ne)zastupljenost savremenih didaktičkih medija utiče na ostvarivanje i realizaciju nastave na daljinu. Pretražujući elektronsku bazu podataka o broju škola koje organizuju nastavu za hospitalizovanu decu, zaključeno je: da svi veći bolnički centri imaju školu kao sastavni deo klinike ili saraduju sa osnovnim školama kako ne bi došlo do gubitka školskih dana i uskraćenosti obrazovanja hospitalizovane dece. Pohađanjem škole u okviru bolnice predstavlja važan mehanizam za pomoć deci da se izbore sa hospitalizacijom i teškoćama njihove bolesti.

Tabela 2: Prikaz i upoređivanje obrazovanja dece na bolničkom lečenju

	<i>Kraljevina Švedska</i>	<i>Slovenija</i>	<i>Hrvatska</i>	<i>Srbija</i>
Sedište škole	Sastavni deo klinike.	U sastavu osnovne škole, osnovana je bolnička škola (OŠ »Ledine«, Ljubljana).	Školovanje mora organizovati, najbliža teritorijalno, pripadajuća osnovna škola. Pojedine škole u sardnji sa zdravstvenim ustanovama organizuju nastavu u okviru bolnice.	Specijalizovana osnovna škola. Pojedine škole u sardnji sa zdravstvenim ustanovama organizuju nastavu u okviru bolnica ili škola.
Osnivač	Državne i privatne škole	Državne	Državne	Državne
Uzrast	Osnovno i srednje obrazovanje	Osnovno i srednje obrazovanje	Osnovno i srednje obrazovanje	Osnovno obrazovanje
Organizacija nastave	Nastava se odvija prema državnom nastavnom planu. Zastupljen je oblik učenja na daljinu.	Nastavnici su učestvovali u izradi novog školskog kurikuluma za obrazovni rad u bolnici. Zastupljen je oblik učenja na daljinu.	Nastava se realizuje po programu matične škole iz koje dolazi učenik. Zastupljen je oblik učenja na daljinu.	Nastava se realizuje po programu matične škole iz koje dolazi učenik.
Zastupljenost savremenih tehničkih sredstava	Da	Da	Da	Ne
Nastavni i nenastavni objekti	Bolničke učionice i prostorije za realizaciju vannastavnih aktivnosti.	Bolničke učionice, bolničke sobe.	Bolničke učionice, bolničke sobe.	Bolničke učionice i sobe.
Saradnja sa roditeljima i zdravstvenim radnicima	Obavezna	Obavezna	Obavezna	Obavezna

3 Zaključak

Ulaganje u obrazovanje treba da bude stalna i prva briga društva. Škola nije samo mesto za sticanje znanja, već je mesto gde se razvijaju međuljudski odnosi, formiraju sistemi vrednosti i gde se stiče osećaj samopouzdanja. Timski rad učitelja, nastavnika, defektologa psihologa, pedagoga i zdravstvenih radnika je neophodan i obavezan da bi se realizovala nastava u okviru bolnice. Nastavnik radeći u ovakvoj specijalizovanoj školi dobija jednu novu dimenziju saradnje a da to nije samo roditelj i učenik nego se njihovoj saradnji i partnerstvu priključuju zdravstveni radnici. Uspešnost i kvalitet njihove saradnje može dosta toga da doprinese kada govorimo o zdravstvenom po-

boljšanju učenika. Školovanje hospitalizovane dece isključivo zavisi od individualnih potreba i zdravstvenih mogućnosti učenika, iz tih razloga kao što je već spomenuto u radu primaran je odnos koji će nastavnik da uspostavi sa učenikom, a tek onda usvojeno znanje. Kvalitet obrazovanja se ocenjuje materijalnim položajem obrazovanja, ali i stručno i pedagoško-metodičkom spremom nastavnika, kvalitetom nastavnih programa i postignućima učenika. Zbog toga se stavlja akcenat na pedagoško, psihološko i metodičko obrazovanje i usavršavanje nastavnika. U svakom momentu nastavnik mora imati u vidu da nastava koja se organizuje za učenike na bolničkom lečenju znači radost, rasterećenje i mala zaborav na bolest.

LITERATURA

1. Aleksić, Z. (2009). Osnivanje škole. V J. Gajić (ur.), *Naših prvih 40 godina, Monografija povodom 40 godina osnovne škole »Dr. Dragan Hercog«* (str. 9–12). Beograd: OŠ »Dr. Dragan Hercog«.
2. Bučević Sanvincenti, L. (2010). Bolničke knjižnice i održavanje školske nastave u Zagrebu. Zagreb: Vjesnik biblioteka Hrvatske, 53 (2), 47–54.
3. Brkić, P. (2009). Škola pred sudom savesti (aposteriori). V J. Gajić (ed.), *Naših prvih 40 godina, Monografija povodom 40 godina osnovne škole »Dr. Dragan Hercog«* (str. 94–94). Beograd: »OŠ Dr. Dragan Hercog«.
4. Đorđević, J. (1997). *Nastava i učenje u savremenoj školi*. Beograd: Učiteljski fakultet.
5. Hadžić, V. (1995). Specifičnosti vaspitno-obrazovnog rada u bolničkim uslovima. V Ž. Stojanović (ur.), *Osnovna škola »Dr. Dragan Hercog« - jedinstvena školska ustanova za rad sa decom bolničkom lečenju i decom sa telesnim smetnjama u razvoju* (str. 47–48). Beograd: OŠ »Dr. Dragan Hercog« i Sava Centar.
6. Joksimović, A. (1995). Škola za sve - školovanje u bolnici i kućnim uslovima. V Ž. Stojanović (ur.), *Osnovna škola »Dr. Dragan Hercog« - jedinstvena školska ustanova za rad sa decom bolničkom lečenju i decom sa telesnim smetnjama u razvoju* (str. 18–22). Beograd: OŠ »Dr. Dragan Hercog« i Sava Centar.
7. Koncept vzgojno-izobraževalnega dela za učenke in učence ter dijakinje in dijake, ki so na zdravljenju v bolnišnici (2013). Ljubljana: Ministarstvo za izobraževanje, znanost in šport. Zavod Republike Slovenije za šolstvo. Preuzeto 05. 01. 2016, sa <http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/os/devetletka/progr>.
8. Marić, Z. (2008). *Školovanje u kućnim uslovima, magistarska teza*. Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
9. Nedeljković, M. (1995). Osposobljavanje nastavnika za nastavni rad u bolnici i kućnim uslovima. V Ž. Stojanović (ur.), *Osnovna škola »Dr. Dragan Hercog« - jedinstvena školska ustanova za rad sa decom bolničkom lečenju i decom sa telesnim smetnjama u razvoju* (str. 27–35). Beograd: OŠ »Dr. Dragan Hercog« i Sava Centar.
10. Santrač, J. (2016). *Pedagoški pristupi u radu sa učenicima na bolničkom lečenju, doktorska disertacija*. Novi Sad: ACIMSI–Asocijacija centara multidisciplinarnih i interdisciplinarnih studija i istraživanja.
11. Santrač, J. (2013). Új Képpedagógusok és szülök folyóirata: Istorijски razvoj obrazovno/vaspitanog rada u bolnicama u svetu. Vojvođanski centar za metodiku, 15 (1–2), 43–45.
12. Stručno uputstvo o organizovanju nastave za učenike na kućnom ili bolničkom lečenju, br: 610-00-401/2006-07 od 25. oktobra 2006.
13. Trnavač, N. (1995). Transformacija školskog sistema i novi položaj škola za decu na bolničkom lečenju. *Nastava i vaspitanje*, 4, 258–269.
14. Vilotijević, M. (2000). *Didaktika, organizacija nastave*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

Vpliv raziskovanja medicinskih sester na dvig kakovosti zdravstvene nege

UDK 614.253+001.8

KLJUČNE BESEDE: medicinske sestre, zdravstvena nega, raziskovanjeImpact Research of Nurses to Raise the Quality of Nursing Care

POVZETEK - Današnje zahtevno klinično okolje predstavlja medicinskim sestram izziv za raziskovanje v zdravstveni negi, z rezultati katerega lahko predstavijo dokaze, z njimi informirajo vodstvo ter širšo zainteresirano javnost, in s tem vplivajo na izboljšanje zdravja prebivalstva. Kakovostno znanje in izkušnje, ki vključujejo uporabo raziskovalnih rezultatov pri kliničnem odločanju, so potrebni za izboljšanje zdravstvene nege in spodbujanje pozitivnih zdravstvenih rezultatov. Namen prispevka je raziskati vidik prednostnih nalog pri raziskovanju zdravstvene nege, možnosti za izboljšanje raziskovanja in spodbujanje ustreznih študij, ki bi omogočale napredek pri doseganju lokalnih in globalnih zdravstvenih ciljev. Predstavljamo tudi nekatere ugotovitve raziskovalcev iz kliničnega okolja, njihove znanstvene dokaze in dobre izkušnje, ki temeljijo na uporabi kvalitativnih in kvantitativnih raziskovalnih metod. Na osnovi rezultatov raziskave med medicinskimi sestrami ugotovimo, da bi morale raziskave in klinične revizije na vseh ravneh zdravstvenega varstva predstavljati del njihove vsakodnevne klinične prakse.

UDC 614.253+001.8

KEY WORDS: nurses, research, quantitative and qualitative research

ABSTRACT - In today's demanding clinical environments, it is challenging for nurses to undertake research. Nursing research can provide evidence to inform management, wider interested public and, ultimately, improve the population's health. Quality knowledge and expertise that includes the use of research evidence in clinical decision-making is needed to optimise nursing practice and promote positive health outcomes within these settings. The purpose of the article is to explore and identify nursing research priorities, empower researches, and encourage relevant studies, which can advance the achievement of local and global healthcare goals. In the article we present some of the findings of the researchers from the clinical environment, their scientific evidence and good practices, which are based on both qualitative and quantitative research methods. On the basis of the results among the nurses, we found out that research and clinical audits at all levels of health care should be a part of their daily clinical practice.

1 Uvod

Učenje, izobraževanje ter stalno pridobivanje novih znanj medicinskih sester je pomembno na vseh področjih izvajanja zdravstvene nege (v nadaljevanju ZN). V kliničnem okolju ZN je pomembno, da je medicinskim sestram z uporabo raziskovalnih rezultatov omogočeno izvajanje kakovostne ZN, sledenje hitremu razvoju znanosti in spremembam v lokalnem in globalnem okolju, saj se le tako lahko prilagajajo vsem spremembam, kot so višja pričakovanja porabnikov zdravstvenih storitev, spremenjeni standardi kakovosti, spremenjene potrebe višjega deleža starejšega prebivalstva idr. Kakovostno znanje in izkušnje, ki vključujejo uporabo raziskovalnih rezultatov v kliničnem odločanju, so potrebni in omogočajo izvajanje kakovostne ZN ali izboljšanje prakse ZN ter spodbujanje pozitivnih zdravstvenih rezultatov. Watkinson (2011) trdi, da je profesionalizacija lahko dosežena samo s formalnim izobraževanjem, ki mora

vključevati znanje, pridobljeno s sistematičnim raziskovanjem, in vključuje strokovno presojo skozi razvoj kritičnega razmišljanja in odločanje na osnovi dokazov.

V številnih raziskavah je izkazan interes medicinskih sester za raziskovanje in vključitev rezultatov raziskav v prakso (Scala idr., 2016; Strojman idr., 2012; Salsali in Mehrdad, 2009), vendar pa so spremembe v raziskovalni praksi ZN, izvajanje kliničnih raziskav medicinskih sester in uporaba rezultatov znanstvenih raziskav medicinskih sester v prakso ZN, zapletene teme, in odpirajo številna vprašanja, ki so povezana z organizacijskimi in izobraževalnimi ukrepi v lokalnih okoljih in na globalni ravni. Medicinske sestre prepoznajo in opozarjajo na številne težave v procesu raziskovanja. Hkrati pa današnje zahtevno klinično okolje predstavlja medicinskim sestram izziv za raziskovanje v ZN, predvsem v obliki iskanja novih možnosti za razvoj in izboljšanje prakse ZN ter spodbujanje pozitivnih zdravstvenih rezultatov. Prednosti raziskovanja prepoznajo v prenosu novih znanj in izkušenj v prakso, z rezultati lahko predstavijo dokaze, z njimi informirajo vodstvo ter širšo zainteresirano javnost, in posledično vplivajo na izboljšanje zdravja prebivalstva.

V nadaljevanju prispevka predstavimo nekatere ugotovitve raziskovalcev iz kliničnega okolja, njihove znanstvene dokaze in dobre prakse, ki temeljijo na uporabi kvalitativnih in kvantitativnih raziskovalnih metod. Predstavimo primere povezovanja praktičnih izkušenj v ZN z znanstvenim raziskovanjem na področju ZN, vidik prenosa znanja in pridobivanje novih izkušenj medicinske sestre s področja stroke ter možnosti za izboljšanje prakse ZN na osnovi izvedenega raziskovanja.

2 Teoretična izhodišča

2.1 Znanstveno raziskovanje v zdravstveni negi in izobraževalni proces

Znanstveno raziskovanje na področju ZN se izvaja kot poizvedovanje za natančno določenim ciljem ali reševanjem točno določenega problema. Poteka kot zbiranje podatkov v natančno določenih razmerah, gre za načrtno in kritično delo, sistematičen proces, s pomočjo katerega želi raziskovalec odgovoriti na raziskovalna vprašanja ter kadar gre za kvantitativno raziskavo, potrditi ali razložiti hipoteze (Rodica, 2013). Znanstveno raziskovanje je zaradi številnih zahtev glede izvedbe raziskovanja povezano z »zahtevanimi vložki«, kot so: ljudje, motivacija/spodbuda za raziskovanje, denar, sredstva, čas in znanje/poznavanje in razumevanje metod znanstvenega raziskovanja idr. Nadzor o »uspehu raziskave« spremlja znanstvena skupnost, naročniki in uporabniki raziskav idr. Z vidika izvajanja ZN je pomembno, da so rezultati oz. posamezni podatki, ki so rezultat znanstvenih raziskav implementirani v prakso, v »vsakdanje življenje in delo v kliničnem okolju«, da omogočajo prenos novega znanja in ustvarjanje spoznanj, pripomorejo k napredku ali izboljšavi v reševanju nekega postopka, primera ipd., so »uporabni v klinični praksi«.

Raziskovanje medicinskih sester je iz vidika izvajanja ZN lahko pomembno za posameznika, za izbrane skupine ali za določeno populacijo. Iz tega vidika je smiselno poudariti in spodbujati prisotnost raziskovanja na področju ZN na vseh ravneh ZN. To

mora vključevati tudi medicinske sestre, kot strokovnjakinje za svoje strokovno področje (Rodica, 2013). MS morajo namreč skrbeti za razvoj prakse kar je zapisano tudi v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, kjer že leta 1994 poudarijo, da morajo medicinske sestre aktivno voditi znanstvenoraziskovalno delo, pri njem sodelovati in rezultate raziskav uporabljati v praksi. Scala idr. (2016) na osnovi študije izvedenih raziskav, ki temeljijo na ugotovitvah glede raziskovanja medicinskih sester v ZN, v kliničnem okolju v obdobju med leti 2005 in 2015 ugotovijo, da so medicinske sestre spodbujene, da raziskujejo in integrirajo rezultate raziskav v strokovno prakso, od njih se pričakuje, da sodelujejo pri ustvarjanju in razširjanju raziskovalnih študij v njihovih organizacijah. Scala idr. (2016) raziskujejo, katere so tiste prakse, kjer vključujejo zaposlene medicinske sestre v raziskovanje. Raziskovanje in pomen raziskovanja Rodica (2013) utemelji kot učinkovit način iskanja odgovorov na vprašanja, odkrivanje boljših načinov preprečevanja bolezni in učinkovitejših oblik ZN in rehabilitacije ljudi različnih starosti v različnih okoljih. Uporaba rezultatov raziskovanja medicinskih sester na področju ZN lahko vpliva na vnos sprememb in izboljšav v kliničnem okolju na različnih področjih, ki so povezana z njihovim delom: poučevanje, administrativno delo, raziskovanje, svetovanje, oblikovanje javnih politik, podjetništvo, zdravstvo, kadrovske dejavnosti in stiki z javnostjo.

Raziskovanje v ZN in implementiranje rezultatov ZN medicinskih sester je pomembno povezano z izobraževalnim procesom. Iz vidika profesionalizacije ZN in še posebej iz področja raziskovanja je pomembno kot poudari Skela Savič (2016, str. 8) »napredno znanje, raziskovanje, objavljane in z dokazi podprto znanje«. Salsali in Mehrdad (2009) poudarita, da mora biti raziskovanje vključeno in primerno implementirano v učni proces na vseh stopnjah izobraževanja, tudi na dodiplomski ravni. Watkinson (2011) meni, da je izobraževanje na ravni magistrskega študija za doseganje profesionalizma. Znanja in sposobnosti, pridobljene na magistrskem študiju, kot so iskanje literature, kritična analiza že izvedenih in objavljenih raziskav, uporaba in aplikacija raziskav v praksi ter izvajanje raziskav, povečajo osebno samozaupanje, spoznavno funkcioniranje in dojemanje delovanja na osnovi dokazov, kar poveča profesionalizem. Poleg »primerne raziskovalnega znanja« medicinskih sester, je pomemben dejavnik tudi njihov odnos do raziskovanja v ZN. Strojman idr. (2012) na osnovi rezultatov raziskave izvedene leta 2012 poudarijo, da je odnos medicinskih sester do raziskovanja pomemben dejavnik, ki vpliva na uspešen razvoj znanstveno raziskovalnega dela v kliničnem okolju. Povezava med odnosom raziskovanja in stališči o pomenu raziskovanja na dodiplomskem študiju se je pri anketirancih vključenih v raziskavo pokazala kot statistično pomembna. Avtorji v omenjeni raziskavi pri primerjavi odnosa do raziskovanja pri dveh različnih izobrazbenih skupinah na ravni dodiplomskega izobraževanja ugotovijo, da izobrazba nima statistično pomembnega vpliva na odnos do raziskovanja. Nasprotno pa Scala idr. v raziskavi leta 2016 ugotovijo, da višja izobrazba in več pridobljenih kompetenc pomembno vpliva na večjo motivacijo medicinskih sester za raziskovanje. Scala idr. (2016, str. 423) poudarijo: »Medicinske sestre z višjo izobrazbo in več priznanimi kompetencami, so v raziskavi izkazale večji interes za pridobivanje novih znanj in izvajanja raziskovalnih aktivnosti«. Tudi Strojman idr. (2012, str. 49) predstavijo ugotovitev, da je več raziskav pokazalo, da so

medicinske sestre z magisterijem pokazale več pozitivnega odnosa do raziskovanja v ZN. Pomen razvoja profesije ZN s pridobivanjem različnih znanj potrjujejo tudi rezultati kvantitativne raziskave izvedene med študenti magistrskega programa na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto (Filej, 2015). Rezultati te raziskave kažejo, da se magistrski študenti, ne glede na mesto zaposlitve, zavedajo, da jim znanje daje moč in da se z znanjem krepi profesija ZN. Na ključno vlogo managementa ZN pri razvoju ZN kot profesije, opozarja raziskava, ki so jo leta 2015 izvedli na Fakulteti za zdravstvo Jesenice. Na osnovi rezultatov obširne raziskave Skela Savič (2016, str. 8) poudari: »Vrhnji management ZN mora razvijati srednji management na področju raziskovanja in na dokazih podprti praksi, le tako se bo pozitivna kultura razvoja na dokazih podprte ZN slednjega lahko sploh začela razvijati.«

2.2 Dejavniki raziskovanja in uporaba rezultatov raziskovanja v klinični praksi

Napredno znanje, raziskovanje medicinskih sester in strokovnjakov povezanih z ZN ter uporaba in prenos z dokazi podprtega znanja v klinično okolje, so aktivnosti, ki omogočajo »z dokazi podprto prakso v ZN« (evidence based practice - EBP). Prenos v klinično okolje pomeni premik v dejanjih na področju razvoja naprednih oblik dela v ZN in posledično koristi za paciente oziroma uporabnike zdravstvenih storitev. Problem oziroma ovire izvajanja na dokazih podprte prakse in vnosa rezultatov raziskovanja v prakso lahko predstavljajo različni organizacijski in izobraževalni ukrepi v inštitucijah, lokalno, na državni ravni in širše. Čas in viri (človeški, finančni, informacije idr.) so tisti skupni dejavniki, ki kot navajajo številni avtorji omejujejo raziskovanje medicinskih sester ne glede na njihovo izobrazbo in naloge, ki jih izvajajo v okviru ZN. Raziskovanje na področju bolnišnic, kliničnih centrov, inštitutov, zdravstvenih domov in domov za starejše občane je v veliki meri odvisno od vodstvenih delavcev, saj lahko menedžment na področju ZN vpliva na zaposlene in jih spodbuja pri raziskovalnem delu. Da bi izvedli in uporabili rezultate raziskovanja v ZN mora raziskovanje MS podpirati njihovo vodstvo. MS se morajo zavedati, da so raziskave pomembne za klinično prakso, pri tem jih mora njihovo vodstvo spodbujati in podpirati (Scala idr., 2016).

Salsali in Mehrdad (2009) opozorita na problem omejene strokovne in organizacijske podpore za izvajanje in razvoj raziskovanja v ZN. Da je raziskovanje medicinskih sester lahko uspešno, ga mora podpirati celoten zdravstveni sistem. Vprašanje o tem kako/koliko naj se izvaja raziskovanje na področju ZN, je pomembno za obstoječ zdravstveni sistem v Sloveniji. V raziskavi (Skela Savič, 2016) izvedeni na Fakulteti za zdravstvo Jesenice leta 2015 v 20 slovenskih bolnišnicah, je sodelovalo 780 diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov, ki imajo najmanj tri leta delovnih izkušenj. V ugotovitvah je med ključnimi spoznanji glede vrednot in kompetenc anketiranih poudarila, da je profesionalizem v ZN v Sloveniji še vedno v razvoju, da mu primanjkuje podpore znotraj in izven profesije ter da se premalo vzpodbuja njegovo implementacijo. Pri naprednih kompetencah ugotovijo, da se anketiranci čutijo značilno manj kompetentni v zagotavljanju kakovosti, fleksibilnosti dela, pripravi strokovnih ekspertiz in uporabi izsledkov raziskav pri delu idr. Salsali in Mehrdad (2009) predstavita ugotovitve o tem kako/koliko uporabljajo medicinske sestre rezultate raz-

iskovanja v praksi in kje prepoznavajo omejitve za njihovo uporabo. Obravnavata naslednje teme: stopnje podpore medicinskim sestram, da bi bile raziskovalne uporabnice; obseg znanja medicinskih sester in veščine za uporabo rezultatov raziskovanja; stopnje izobraževanja, ki vključujejo raziskovanje; raziskovanje naravnosti; izzivi vodstva in izvrševanja v kliničnem okolju; vrzel med teorijo in prakso.

Salsali in Mehrdad (2009) predstavita stališča iranskih medicinskih sester iz kliničnega okolja o uporabi rezultatov raziskovanja v ZN v praksi. V raziskavo vključene iranske medicinske sestre zaznavajo omejitve pri vsakdanji uporabi rezultatov raziskovanja v klinični praksi iz različnih vidikov: potrebne stopnje podpore za izvajanje raziskovalnih aktivnosti, potrebnega obsega znanj in spretnosti na področju raziskovanja in uporabi rezultatov raziskav, vrzeli v stopnji izobraževalne priprave za uporabo rezultatov raziskovanja, administrativnih in izvršilnih izzivi v kliničnem okolju, vrzeli med teorijo in prakso. Pomanjkanje časa, pomanjkljivo vodenje, zaviralna organizacijska kultura, podpora vodje za raziskovanje, odpor pri menedžerjih in vodjih, omejeno znanje in spretnosti raziskovalnega procesa, pomanjkanje časa za branje člankov in vključevanje v raziskovalne aktivnosti, pomanjkanje znanja in veščin raziskovalca za razumevanje rezultatov raziskave, pomanjkljiva dostopnost do novejših in primerne strokovne literature, pomanjkanje enostavnega spletnega dostopa do raziskovalnih poročil, primerna raziskovalna literatura pogosto napisana v tujem, večinoma angleškem in znanstvenem jeziku, so ovire za razvoj raziskovanja v ZN in omejitve, ki jih navajajo medicinske sestre in drugi strokovnjaki glede izvajanja raziskovalnega procesa ZN (Salsali in Mehrdad, 2009; Skela Savič, 2009; Rodica, 2013). Vse omenjene ovire upočasnijo raziskovalni proces v praksi.

Skela Savič (2012) opozori na slabe dosežke raziskovalcev v ZN pri pridobivanju raziskovalnih sredstev, poudari pomen kliničnih in raziskovalnih kompetenc doktorantov, opozori na pomen kazalnikov kakovosti doktorskega študija in na slabo prepoznavnost pomena raziskovanja v ZN in širše ter pozno odločanje za doktorski študij z vidika starosti študentov. Raziskovalci so kritični do izbranih raziskovalnih tem doktorjev ZN, ki so premalo klinične (Skela Savič, 2014).

3 Metodologija

3.1 Namen raziskave

Namen raziskave je, da s pomočjo primarnih podatkov, zbranih z intervjuvanjem in pregledom sekundarno zbranih podatkov pridobimo poglobljen vpogled o raziskovanju na področju ZN. V prvi fazi želimo raziskati, koliko medicinske sestre in drugi strokovnjaki (npr. vodje medicinskih sester), ki so pomembni za izvajanje ZN, ki delajo v kliničnem in akademskem okolju v Sloveniji, dejansko raziskujejo oziroma opravljajo raziskovalno delo in kaj jih pri tem spodbuja ali ovira. Podrobneje želimo raziskati tudi vplive raziskovanja medicinskih sester in vodij medicinskih sester ter drugih strokovnjakov na dvig kakovosti ZN. Da bi pri izvedbi raziskave prišli do želenih podatkov, smo v prvi fazi raziskovanja opravili pilotsko študijo v obliki manjše

kvalitativne preliminarne raziskave. Namen te pilotske študije je ugotoviti, kateri so osnovni problemi izvedbe tega raziskovanja ter jih v primeru, da se izkažejo pomembni, odpraviti. Na osnovi te preliminarne kvalitativne študije bomo v nadaljevanju izvedli širšo kvantitativno raziskavo.

Kvalitativno raziskovanje izvedemo tako kot ga definira Mesec (1998). Raziskavo, pri kateri sestavljajo temeljno izkustveno gradivo, zbrano v raziskovalnem procesu, besedni opisi ali pripovedi in v kateri je to gradivo tudi obdelano in analizirano besedno in brez uporabe merskih postopkov, ki dajo števila, in brez operacij nad števili. Glavni cilj celotne raziskave je, da izvedemo kritično analizo raziskovanja v ZN in v drugem delu raziskovanja oblikujemo protokol, ki bi bil v pomoč kliničnemu okolju v institucijah pri izvedbi raziskovanja.

V preliminarni fazi smo želeli raziskati raziskovanje medicinskih sester in preučiti mnenja medicinskih sester o obstoječem načinu raziskovanja v ZN in prenosom rezultatov v prakso v kliničnem okolju. Zastavili smo naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Na katerih področjih ZN poteka raziskovanje in kako je izvedeno kvantitativno/kvalitativno raziskovanje?
2. Kako je posamezno raziskovanje povezano s prakso v kliničnem okolju?
3. Kako je bilo raziskovanje v ZN predstavljeno v literaturi?

3.2 Opis instrumenta

Podatke smo pridobili z uporabo delno strukturiranih intervjujev. Pred izvedbo so bila vnaprej pripravljena vprašanja odprtega tipa, med intervjujem pa so bila postavljena še dodatna vprašanja, ki so temeljila na podani vsebini intervjuvanca. Izhodiščna vprašanja, ki jih je bilo šest, so bila zasnovana splošno in so bila oblikovana na osnovi predhodno izvedenih raziskav (Salsali in Mehrdad, 2009). Z nadaljevanjem intervjuvanja smo razvijali bolj osebna vprašanja, povezana z doživljanjem raziskovanja in njenim pomenom za dvig kakovosti ZN. Primer vodilnega vprašanja: Kako (lahko) rezultati raziskovanja ZN vplivajo na dvig kakovosti ZN?

3.3 Opis vzorca

Vzorec je bil namenski. V preliminarni fazi smo nameravali izvesti delno strukturirane intervjuje z zaposlenimi osebami povezanimi z ZN, torej z medicinskimi sestrami ali osebami, ki so v svojem delovnem/kliničnem okolju tesno povezane z medicinskimi sestrami, ki imajo izkušnje na področju raziskovanja. V letu 2016, smo v času od oktobra do novembra izvedli štiri delno strukturirane intervjuje, katerih rezultate predstavljamo v nadaljevanju. Udeleženci so bili iz vrst zaposlenih v ZN, ki imajo poleg raziskovalnih tudi izkušnje iz delovanja v menedžmentu/menedžmentu ZN (glavne medicinske sestre), kliničnem okolju (diplomirane medicinske sestre) in visokošolskim poučevanjem, s čimer smo želeli zagotoviti triangulacijo po udeležencih. Intervjuvane osebe so ženskega spola. Tri intervjuvane osebe imajo večletne izkušnje v visokošolskem poučevanju.

Smernice o potrebni velikosti vzorca se med avtorji razlikujejo. Kvalitativna raziskava lahko sledi konceptu »nasičenosti izrečenega«. Vogrinc (2008, str. 52–54) navaja, da se kvalitativno empirično raziskovanje usmerja na proučevanje posameznih primerov.

3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred izvedbo intervjujev smo izbranemu vzorcu udeležencev poslali prošnjo, v kateri smo se predstavili, jih seznanili z raziskavo in jih prosili za udeležbo. Z vsakim udeležencem smo se dogovorili za izvedbo intervjuja, pri čemer smo se jim prilagodili glede kraja in časa in spoštovali njihovo pobudo. Intervjuje smo snemali. Zvočne zapise hranimo v arhivu raziskave. Zvočni zapis smo prepisali in ga večkrat prebrali. Z izvedbo vsakega intervjuja smo prišli do določenih spoznanj, ki smo jih uporabili pri izvajanju naslednjega intervjuja. Udeležencem smo zastavljali široko odprta vprašanja, s katerimi smo dobili poglobljen vpogled v obravnavano temo.

Ob upoštevanju etičnih vidikov kvalitativnega raziskovanja (World Health Organization, 2012) smo intervjuvance seznanili z namenom, cilji, potekom raziskave, tveganji, koristmi, varovanjem zaupnosti podatkov in anonimnostjo, predvidenim trajanjem intervjuja, možnostmi prekinitve intervjuja ter možnostmi povratnih informacij raziskave. Posamezni intervju je v povprečju trajal 40 minut.

Podatki so bili analizirani s pomočjo metode analize vsebine. Zvočni zapisi so bili večkrat poslušani, nato pa je bila opravljena transkripcija intervjujev, t. i. nefokusna oblika. Transkripte smo večkrat v celoti prebrali in preučili, nato pa v besedilu poiškali ključne besede oziroma fraze in ugotovili, da je »raziskovanje MS – kakovost ZN« osrednji pojem. V vsakem naslednjem intervjuju smo spoznanje, ki je bilo povezano z raziskovanjem in kakovostjo, uporabili pri naslednjem intervjuju, tako smo ga še bolj podrobneje raziskali. Ker smo želeli zaščititi identiteto udeležencev, smo intervjuvanim dodelili lastno šifro raziskave in vse intervjuje zapisali v ženski obliki. Šifra je sestavljena iz štirih delov: prvi označuje številko intervjuja, drugi del je šifra raziskave, tretji del predstavlja področje dela in četrti del šifre je zaporedna številka pojma v intervjuju.

Primer 1: Zgradba šifre

ST.1 - pomeni številko izvedenega intervjuja – intervju osebe 1. R1 - pomeni, da je potekalo intervjuvanje v prvem, preliminarnem delu raziskovanja. Stavek oziroma besedna zveza / pojem z oznako 5 - P5, ki pomeni mesto določene kodirne enote v besedilu pri udeleženci številka 1, je označen v zadnjem delu šifre ST.1–R1DMSZN–P5. Oznaka DMSZN, pomeni diplomirana medicinska sestra ZN. Besedna zveza/pojem 10 pri udeleženci številka 3, ki poučuje v visokem šolstvu, hkrati ima dolgoletne izkušnje MS ter v menedžmentu zdravstvene nege (MENVUZN), je ST.3–R1MENVU–ZN–P10. Na podlagi šifer lahko preverimo in poiščemo vsebino pojmov v besedilu.

Analiza empiričnega gradiva je temeljila na indukciji. Uporabili smo utemeljeno teorijo, ki jo lahko razložimo z osnovnimi značilnostmi osnovnih elementov ali prvin (pojmi, kategorije, propozicije) in analitičnim procesom. Streubert in Rinaldi Carpenter (2011, str. 46) poudarita, da je analiza kvalitativnih podatkov zahtevna in navadno

poteka v obliki združevanja podobnih podatkov v skupine (angl. Clustering similar data). Za analiziranje podatkov pridobljenih z intervjuji predlagata kot enega izmed možnih procesov trifazni proces z kodiranjem (odprto kodiranje, angl. Open coding, axial and selective coding). Med temi izpostavita kot uporabno metodo odprto kodiranje (besede izpišemo iz teksta), ker pri analizi uporabimo »aktualne besede in fraze« intervjuvanih (Streubert in Rinaldi Carpenter, 2011, str. 158). Z namenom povečevanja kredibilnosti in zanesljivosti podatkov je končno konceptualno opredelitev preveril drug avtor. Glede na pogostost pojavljanja posameznih pojmov so bile tematske skupine hierarhično razvrščene.

Prvenstveni cilj izvedene kvalitativne raziskave ni prenosljivost ugotovitev na širšo populacijo. V okviru kvalitativnega raziskovanja ponudimo posploševanje na podobne primere in primerjanje ugotovitev iz drugih okoliščin. Z vidika ZN je pomembno tudi to, da ugotovitve druge raziskave lahko potrdijo naše ugotovitve ali jih dopolnijo.

4 Rezultati raziskave in interpretacija

V analizi besedila z izvedenim odprtim kodiranjem ugotovimo, da raziskovanje, ki je povezano z raziskovalnimi projekti ali individualnimi raziskavami (teme raziskovanj: vrednote, profesionalne vrednote, raziskovanje holizma, raziskovanje potreb starostnika ...), kjer raziskujejo MS, sicer poteka na številnih področjih ZN v Sloveniji, a rezultati praviloma kvantitativnih raziskav niso del izvedbe kakšnih večjih raziskav ZN na nacionalnem ali mednarodnem nivoju. Nekaj takšnih raziskav je bilo izvedenih v preteklih letih, in kot navaja oseba 3, je ključno: *»V primeru projekta je šlo za direkten prenos pridobljenih znanj glede količine in kakovosti v zdravstveni negi v klinično okolje in so bili rezultati raziskovalnih metod preneseni v prakso. Tema se je nanašala na kategorizacijo pacientov in s tem povezano dolgoročno kategoriziranje.«* (ST.3–R1MENVUZN–P16) Po mnenju intervjuvanih oseb je glede na njihove osebne izkušnje, zdravstvena obravnava pacientov, kjer so MS raziskovalke, povezana z doseganjem višje kakovosti izvajanja ZN. Na osnovi rezultatov raziskave med intervjuvanimi ugotovimo, da bi morale raziskave in klinične revizije na vseh ravneh zdravstvenega varstva predstavljati del dela ali celo del dnevne klinične prakse medicinskih sester (MS) glede na vrsto nalog, ki jih opravljajo. Da bi MS izvedle raziskovanje v ZN in rezultate raziskav implementirale v prakso (tabela 1):

- mora raziskovanje MS omogočiti / podpirati vodstvo,
- mora raziskovanje MS omogočiti sistem ZN v Sloveniji – potrebne so sistemske spodbude,
- za izvedbo raziskovanja je potrebna motivacija MS in drugih strokovnjakov (nagrade, sistematizacija delovnih mest, vnos v prakso – izboljšave).

Iz tabele 1 je razvidno, da je raziskovanje MS po mnenju intervjuvanih oseb povezano z dvigom kakovosti ZN, zato bi ga menedžment zdravstvene nege/vodstvo moralo spodbujati. Na vprašanje, kako je posamezno raziskovanje povezano s prakso v kliničnem okolju odgovarja oseba 3 (ST.3–R1MENVUZN–P10): *»Vse je vezano na*

obravnava na ravni pacienta, karkoli bi izboljšali v ZN, gre v končni fazi za izboljšanje obravnave pacienta, kar je vezano na kakovost, pri tem so pomembni izidi«. Problem raziskovanja v Sloveniji, ki je bil izpostavljen pri vseh intervjuvanih osebah, je, da se na področju ZN raziskujejo le posamezni primeri za prenos v prakso, hkrati pa to področje ni sistemsko urejeno. Podarjeno je bilo: »V zadnjem obdobju ni večjih projektov, ki bi zajeli celotno državo. Mislim, da naša praksa še ni zrela za to.« (ST.3–R1MENVUZN–P12).

Tabela 1: Sinteza iz kodirnih enot v kategorijo kakovost ZN – raziskovanje MS

Kategorija	Kode:	Kodirne enote:
Raziskovanje MS na področju ZN –kakovost ZN	Sistemske spodbude / omejitve za izvedbo raziskovanja MS na področju ZN	Znanje za izvedbo kvantitativne/kvalitativne raziskave
		Čas za namen izvedbe raziskovanja na področju ZN
		Finančna sredstva za namen izvedbe raziskovanja na področju ZN
		Sistem ZN omogoča izvajanje raziskovanja na področju ZN
		Sistem ZN omogoča uvajanje rezultatov raziskav na področju ZN v prakso
		Sistem ZN usmerja/spodbuja kakovost ZN (etične smernice ZN)
		Dovoljenje etične komisije za izvedbo raziskovanja
	Vodenje / vodstvo spodbuja / omogoča raziskovanje MS na področju ZN	Vodenje usmerjeno v pridobivanje novih znanj
		Podpora direktorja/menedžmenta ZN/vodje za raziskovanje
		Zavedanje pomena raziskovanja/pomen EBP
		Vodenje usmerjeno v prenos znanja v prakso
		Zagotavljanje/ocenjevanje kakovosti ZN
	Motivacija MS za izvedbo raziskovanja na področju ZN	Ustanovljena je raziskovalna skupina
		Prenos znanja v prakso
		Notranja motivacija MS za izvedbo raziskovanja
		»Primerno« znanje za izvedbo/sodelovanje za raziskovalni proces
		Pomen raziskovanja/odnos MS do raziskovanja
		Spodbuda (notranja / zunanja) za izvedbo raziskovanja (sodelovanje v projektu, raziskovanje na različnih ravneh izobraževanja ...)
	Ocenjevanje kakovosti izvajanja ZN	

Vir: Lastni vir, 2016.

Med dejavniki, ki vplivajo na to, da bi MS izvedle raziskovanje v ZN in rezultate raziskav implementirale v prakso ter bi bilo raziskovanje in implementacija rezultatov v prakso na področju ZN sestavni del njihovega dela, je pomembna podpora menedžmenta ZN/vodstva, ki mora spodbujati in imeti znanje na tem področju. »Glede raziskovanja bi izpostavila, da medicinske sestre, ki so na vodilnih položajih, bi nujno morale imeti podiplomsko izobraževanje, saj so v socialnih zavodih, ker imajo in zasedajo to delovno mesto, ki je in bi moralo biti zelo razvojno naravnano. Ampak, ker dobro poznam problematiko, ugotavljam, da vodstvo temu danes ne sledi«.

(ST.4–R1MENVUZN–P10) Pomembno je, da MS management ZN/vodja in drugi zaposleni nudijo pomoč za izvedbo raziskovanja. Na vprašanje ali je ključno, da vodja prevzame to vlogo in usmerja, vodi raziskovalno skupino je bilo poudarjeno: *»Da, to je bilo ključno. Da, absolutno. Če ne bi bilo ideje, ne bi bilo nič. Potrebna je podpora širšega vodstva in vodstva navzdol. Mora biti podpora, saj brez tega ne bi bilo nič«.* (ST.4–R1MENVUZN–P10) Vodja, ki se ukvarja z raziskovanjem in razvojem in vidi potrebe, spodbuja neke možnosti raziskovanja. Po eni strani mora raziskovanje omogočiti vrh/direktor/ vodja, po drugi strani pa je potrebna motivacija s strani zaposlenih. Na osnovi rezultatov te preliminarnе raziskave želimo v nadaljevanju raziskovanja z dodatnim kvalitativnim raziskovanjem potrditi zapisano poskusno teorijo.

5 Zaključek

Ker je glavni cilj, ki mu sledijo raziskovalci, sistematična in metodična pojasnitev pojavov in povezav med njimi, lahko medicinske sestre kot raziskovalke vplivajo na vnos sprememb in kakovost izvajanja ZN. Ne glede na to, da imajo glede na rezultate številnih raziskav anketiranci/intervjuvanci pozitivna stališča do pomena raziskovanja in na dokazih podprte ZN, le to redko implementirajo v klinično delo. Za apliciranje rezultatov raziskovalnih izsledkov v vsakdanje praktično delo je pomembno, da bi raziskovanje »postalo« del profesionalne identitete medicinskih sester.

V preliminarni kvalitativni raziskavi smo proučili odnos medicinskih sester do raziskovanja v ZN, raziskali vidik prednostnih nalog raziskovanja ZN, možnosti izboljšav raziskovanja in vidik spodbujanja le teh z namenom spodbuditi napredek pri doseganju lokalnih in globalnih zdravstvenih ciljev. Na osnovi analize besedila z izvedenim odprtim kodiranjem ugotovimo, da po mnenju intervjuvanih oseb raziskovanje MS pomembno vpliva na dvig kakovosti ZN.

Na osnovi izvedene raziskave menimo, da mora biti raziskovanje na področju ZN v prihodnosti urejeno/spodbujeno sistemsko, projektno ter na nacionalni ravni usmerjeno k izvajanju prednostnih nalog raziskovanja za zagotavljanje in višanje kakovosti izvajanja ZN. Izvedbo raziskovanja v ZN in implementacijo rezultatov raziskav v prakso mora podpirati vodstvo v različnih institucijah, kjer se izvaja ZN. Ključno je, da raziskovanje MS omogoča sistem ZN v Sloveniji, potrebna pa je tudi motivacija MS in drugih strokovnjakov.

LITERATURA

1. Filej, B. (2015). Pogled študentov magistrskega študija vzgoje in menedžmenta v zdravstvu na pridobljeno znanje. *Obzornik zdravstvene nege*, 49 (2), 126–135.
2. Mesec, B. (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
3. Rodica, B. (2013). *Raziskovalno delo v zdravstveni negi: učno gradivo*. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo Novo mesto.

4. Salsali, M. in Mehrdad, N. (2009). Iranian nurses' constraint for research utilization. *BioMed Central Nursing*, 8 (9). Pridobljeno s <http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-8-9>.
5. Scala, E., Price, C. in Day, J. (2016). An Integrative Review of Ebgaging Clinical Nurses in Nursing Research. *Journal of Nursing Scholarship*, 48 (4), 423–430.
6. Skela Savič, B. (2009). Zdravstvena nega in raziskovanje: Nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 43 (3), 209–222.
7. Skela Savič, B. (2014). Are we aware of our responsibilities for developing nursing care? *Obzornik zdravstvene nege*, 48 (1), 5–11.
8. Skela Savič, B. (2014). Are we aware of our responsibilities for developing nursing care? *Obzornik zdravstvene nege*, 48 (1), 5–11.
9. Skela Savič, B. (2016). Professionalizm in nursing: What is its current level in Slovenia? *Obzornik zdravstvene nege*, 50 (1), 4–9.
10. Streubert, J. H. in Carpenter Rinaldi, D. (2011). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Lippincott: Williams & Wilkins.
11. Strojjan, N., Zorc, J. in Skela Savič, B. (2012). Odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 46 (1), 47–55.
12. Vogrinc, J. (2008). *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
13. Watkinson, D. (2011). The influence of masters education on the professional lives of British and German nurses and the further professionalization of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (12), 2605–2614.
14. World Health Organization. (2012). *The WHO strategy on research for health*. Geneva: World Health Organization.

Uporaba mobilne tehnologije v zdravstvu

UDK 614.2+004.056

KLJUČNE BESEDE: informacijska varnost, ranljivosti mobilnih naprav, zaščita mobilnih naprav, študenti zdravstvene nege

POVZETEK - Vedno večja odvisnost poslovnih procesov od informacijske tehnologije povečuje pomen zagotavljanja ustreznega nivoja informacijske varnosti vsake organizacije. V zadnjem času se zelo povečuje uporaba mobilnih naprav, ki omogočajo dostopnost podatkov kjer koli in kadar koli in s tem večjo učinkovitost zdravstvenih delavcev, povečujejo pa tudi informacijsko varnostno tveganje. Na področju informacijske varnosti je treba zato posebno pozornost posvetiti ozaveščanju uporabnikov o nevarnostih in zaščitnih mehanizmih pri rabi mobilnih naprav. Ker bodo navade in izkušnje pri uporabi mobilnih naprav v zasebnem življenju študenti zdravstvene nege prenesli tudi na svoja delovna mesta, z raziskavo ugotavljamo, kakšne so le-te in koliko so sploh osveščeni o informacijski varnosti pri rabi mobilnih naprav. To je še posebej pomembno, saj si bodo na delovnih mestih o svojih pacientih izmenjevali najrazličnejše podatke, ki pa morajo ostati zaupni, saj bo v nasprotnem primeru porušeno medsebojno zaupanje med pacienti in zdravstvenimi delavci.

UDC 614.2+004.056

KEY WORDS: information security, vulnerabilities of mobile devices, mobile device protection, nursing care students

ABSTRACT - The growing dependence of business processes on information technology increases the importance of ensuring an adequate level of information security of each organisation. Recently, a growing use of mobile devices, enabling data availability anytime and anywhere, thereby increases the effectiveness of healthcare workers, as well as information security risks. Within the field of information security, therefore, special attention should be paid to raising users' awareness about threats, vulnerabilities and safeguards of mobile devices. Since the habits, experiences and knowledge of using private mobile devices will be transferred in the profession, the study observed healthcare students' habits and information security knowledge when using mobile devices. This is especially important, because in the workplace they will access and share a wide variety of data about their patients, which should be kept confidential, otherwise the trust between patients and healthcare professionals will be broken.

1 Uvod

Poslovni procesi so iz leta v leto bolj odvisni od informacijske tehnologije, povečuje se količina informacij, ki se v organizacijah hranijo in imajo visoko poslovno vrednost in so zaupne narave. Po drugi strani pa organizacije pogosto niso sposobne slediti tveganjem, ki jih prinaša hiter razvoj informacijskih tehnologij in inovativni načini njihove rabe, kar pogosto vodi do različnih oblik varnostnih incidentov. Zagotavljanje ustreznega nivoja informacijske varnosti pa v povezanem globalnem okolju postaja nepogrešljivo za dolgoročno uspešnost in ugled vsake organizacije.

V zadnjem času mobilne naprave ter mobilne aplikacije, ki so še posebej popularne pri mlajši generaciji, predstavljajo najhitrejše rastočo vrsto informacijske tehnologije, zato organizacije s svojimi oddelki IT pogosto ne morejo slediti z njo povezanim tveganjem. SANS inštitut v svoji raziskavi ugotavlja, da 75 % organizacij v svetu zaposlenim dovoljuje tudi uporabo lastnih mobilnih naprav za poslovne namene (ang. BYOD - bring your own device), kar pa še dodatno povečuje varnostna tveganja (<https://www.sans.org/reading-room/whitepapers/analyst/survey-mobility-byod-se>

curity-policies-practices-35175), saj kar 38 % organizacij nima predpisane ustrezne BYOD varnostne politike. Zavedati se je potrebno, da je pri uporabi mobilnih naprav, še posebej lastnih, ozaveščenost in ustrezno znanje s področja informacijske varnosti tudi s strani samih uporabnikov še bistveno bolj pomembno kot pri rabi stacionarnih računalnikov. Poleg napadov tehnične narave (npr. vdori zaradi neposodobljene programske opreme, dostop do nekriptiranih podatkov na omrežju), ki se bodo vse bolj selili s stacionarnih računalnikov na mobilne naprave in brezžična omrežja, pa je človeški faktor (npr. socialni inženiring, nepazljivo ravnanje ljudi, napake) dandanes že kriv za več kot 50 % varnostnih incidentov (Rančigaj in Lobnikar, 2012). Pričakovati je, da se bo ta delež s povečevanjem rabe mobilnih naprav in preslabo ozaveščenostjo uporabnikov le še povečeval.

Ob hitrem razvoju in vedno večji uporabi mobilnih tehnologij postaja ozaveščanje in izobraževanje uporabnikov o njihovi varni rabi eden od ključnih dejavnikov zagotavljanja informacijske varnosti vsake organizacije. Ker se tudi v zdravstvu vse bolj uveljavlja uporaba mobilnih naprav in aplikacij, študenti zdravstvene nege pa pri svoji praksi in kasneje na delovnem mestu rokujejo z zaupnimi podatki o pacientih, so njihove navade in znanje s tega področja še posebej pomembni. Da bi izvedeli, kakšne so njihove navade pri rabi mobilnih naprav v zasebnem življenju ter njihove izkušnje z mobilnimi napravami na delovnem mestu, torej ocenili njihovo usposobljenost za varno osebno in profesionalno rabo mobilnih naprav, smo izvedli raziskavo *Uporaba mobilnih naprav*. V prispevku tako analiziramo navade in ozaveščenost o varni rabi mobilnih naprav študentov zdravstvene nege v zasebnem življenju in pri strokovnem delu.

2 Teoretična izhodišča

2.1 *Informacijska varnost*

Informacijska varnost je zaščita računalniških sistemov proti kršitvam razpoložljivosti, celovitosti in zaupnosti. Z računalniškimi sistemi so mišljeni računalniki, omrežja ter informacije, ki jih ti vsebujejo. Informacijska varnost je proces in se zagotavlja z izvajanjem ustreznih kontrol, vključno s politikami, procesi, organizacijskimi strukturami ter funkcijami programske in strojne opreme.

Kljub stalnim vlaganjem organizacij v informacijsko varnost, pa raziskave ugotavljajo, da se število varnostnih incidentov iz leta v leto povečuje. Raziskava ugotavlja 48 % porast števila odkritih incidentov iz leta 2013 na 2014, 38 % porast odkritih incidentov in 58 % porast kraje intelektualne lastnine iz leta 2014 na 2015, čeprav so se proračuni za informacijsko varnost v tem obdobju povečali za 28 % (PWC, 2015, <http://securityintelligence.com/cyber-attacks-research-reveals-top-tactics-xforce/#>). Vzrokov, zakaj je temu tako, je seveda več. Proizvajalci računalniške opreme vedno bolj hitijo z novimi različicami, kar posledično pomeni več napak, ki jih napadalci lahko izkoristijo. Zaradi hitrih sprememb v IT industriji se v organizacijah povečuje tudi število ranljivosti, ki so posledice neustreznega ravnanja zaposlenih (napake skrbnika sistema pri določanju pravic uporabnikov, nastavitve gesel, neustrezna varnostna pra-

vila, neznanje uporabnikov). Za večanje števila varnostnih incidentov pa so krivi tudi vedno naprednejši mehanizmi napadov na informacijske sisteme organizacij oziroma grožnje informacijski varnosti. Dandanes najpogostejše so: zlonamerna programska oprema (npr. virusi, črvi), kraja mobilnih naprav, zloraba pooblastil zaposlenih, ribarjenje gesel (ang. phishing) in onemogočanje storitev (ang. denial of service). Če so pogoji v organizaciji pravi, določena grožnja izkoristi določeno ranljivost. Takrat govorimo o varnostnem incidentu (ang. security incident). Poznani so številni varnostni incidenti, katerih posledice so bile ustavljenost poslovanja, povzročena velika poslovna škoda in ogrožen ugled tudi najuglednejših organizacij (npr. Sony, Google, Yahoo, Verisign) (<http://www.csoonline.com/article/2130877/data-protection/data-protection-the-15-worst-data-security-breaches-of-the-21st-century.html>).

Ker je mobilna tehnologija v velikem porastu, v naslednjem desetletju lahko pričakujemo stalno povečevanje uporabe informacijskih storitev preko mobilnih naprav, saj le te postajajo vedno bolj zmogljive. Danes se preko mobilnih naprav še vedno izvede le okrog 10 % službenih opravil, vendar pa ta delež narašča. Mobilna omrežja (npr. LTE) dosegajo vedno višje hitrosti, boljšo odzivnost ter široko pokritost, kar je zelo pomembno za rabo večjega števila storitev v oblaku, prenos videoposnetkov visoke ločljivosti in 3D-vsebin, internet stvari itd. Z rastjo uporabe mobilnih naprav, vedno večjem številu koristnih podatkov, ki jih vsebujejo, se pričakuje tudi selitev večine napadov na mobilne tehnologije. Te so zaradi svoje hitre rasti, manjše zrelosti in slabše standardiziranosti, v primerjavi z osebni računalniki in strežniki ter njihovo programsko opremo namreč bistveno bolj ranljive. Bistveno bolj ranljive pa so tudi zaradi slabega poznavanja varnostnih mehanizmov s strani uporabnikov mobilnih naprav, saj postanejo vsi uporabniki sedaj tudi administratorji svojih naprav. Izobraževanju uporabnikov o načinih varne rabe mobilnih tehnologij bo zato potrebno posvetiti bistveno več pozornosti kot v preteklosti, ko so delali z računalniki, za katerih varnost na več nivojih so skrbeli ustrezno usposobljeni varnostni inženirji. Po navedbah raziskav so uporabniki mobilne tehnologije dobro sprejeli, so pa premalo ozaveščeni o varnem ravnanju z njo. Večina se varne uporabe uči šele po zaposlitvi znotraj organizacije, po formalnih ali neformalnih poteh, npr. od sodelavcev (Talib idr., 2010).

2.2 Mobilne tehnologije

V zadnjem desetletju je prišlo do kar nekaj velikih sprememb na področju informacijsko komunikacijske tehnologije in načinov njihove uporabe, predvsem uveljavitev mobilnih naprav. Mladi, večji vsakodnevne rabe mobilnih naprav ter uporabe oblačnih storitev, svoje znanje pa tudi drugačne poglede prinašajo s seboj v organizacijo. Mobilne naprave jim omogočajo boljšo povezljivost, sodelovanje, kreativnost in še marsikaj, zaradi česar so lahko pri svojem delu uspešni in zadovoljni. Kar nekaj časa je bila uporaba lastnih naprav v poslovne namene pod vprašajem: ali koristi (npr. zmanjšanje stroškov informatike, povečanje produktivnosti in zadovoljstva zaposlenih) odtehtajo dodatne nevarnosti, ki jih uporaba lastnih naprav prinaša. Velike spremembe prinaša tudi v zadnjem času uveljavljeno delo od doma oziroma od koderkoli, kar poleg koristi zopet prinaša določena tveganja, saj uporabnik ni več v varnem okolju organizacije. Tretjo korenito spremembo tega desetletja predstavlja računalništvo

v oblaku (ang. cloud computing), ki podjetjem omogoča najem strojne in programske opreme namesto njenega lastništva ter njeno rabo kjerkoli, kar pa zopet po eni strani pomeni prihranke in večjo fleksibilnost, po drugi strani pa prinaša nova varnostna tveganja.

Če povzamemo, zaposleni želijo danes imeti precej več besede pri tem, kaj uporabljajo, kje in na kakšen način. In ta trend se bo v prihodnosti le še stopnjeval. V prihodnosti se pričakuje vedno manjše ločevanje zasebne in poslovne rabe tehnologij in storitev, tudi mobilnih. Ljudje bodo želeli uporabiti določeno storitev, kjerkoli in kadarkoli jo bodo potrebovali, v poslovnem ali zasebnem življenju. To pa predstavlja potrebo po popolnoma novih pristopih za zagotovitev informacijske varnosti.

2.3 Mobilne tehnologije na področju zdravja

Pri hitrem prodoru in uveljavitvi novih tehnologij, tudi mobilnih, področje zdravja ni izjema. V zadnjih letih se je polega e-Zdravja, ki pomeni uvajanje elektronskih rešitev za povečanje kakovosti in učinkovitosti zdravstvenih storitev, uveljavil tudi izraz m-Zdravje (angl. m-Health), ki poudarja vlogo izrabe mobilnih omrežij, terminalov in storitev za potrebe varovanja zdravja in izboljšanje zdravstvenih storitev. M-Zdravje sloni na mobilnih napravah, kot so pametni telefoni, tablični računalniki, dlančniki in druge brezžične naprave, ki omogočajo široko paleto storitev (Štern, 2010; European Commission, 2014).

Številni zdravniki se že zavedajo, da bo mobilna tehnologija njim in starajočemu se prebivalstvu v prihodnosti lahko v veliko pomoč pri večji samostojnosti, varnosti, nadzorom nad potekom kroničnih bolezni, rednem jemanju zdravil (npr. inzulinska črpalka, mobilna aplikacija z opomniki in alarmi), boljšem sodelovanjem med zdravniki in pacienti (komunikacija in spremljanje bolnika brez fizičnega obiska v ambulanti), pa tudi za konzultacije med samimi zdravniki. Tehnologija bo nujno potrebna, saj se število starostnikov in bolnikov s kroničnimi boleznimi stalno povečuje, število zdravnikov pa se ne bo toliko povečalo, da bi ob nespremenjenih načinih dela lahko vsi pacienti dobili kakovostno storitev (<http://www.healthday.si/speakers>).

3 Metoda

3.1 Vprašalnik

Kot inštrument za zbiranje podatkov smo uporabili vprašalnik. Vprašanja so bila vsa razen enega, kjer so anketiranci lahko navedli dodatne aplikacije, ki jih uporabljajo, zaprtega tipa. Vprašalnik je bil sestavljen iz petih sklopov vprašanj. V prvem, tretjem in zadnjem sklopu so vprašanja zahtevala kvalitativne odgovore z različnih zaprtih lestvic. V drugem in četrtem sklopu pa smo uporabili pet stopenjske Likertove lestvice (1: Sploh se ne strinjam, 3: Niti niti, 5: Povsem se strinjam). Likertove lestvice s petimi stopnjami (lahko tudi sedmimi), kjer se stopnjuje raven strinjanja z določeno trditvijo od »Sploh se ne strinjam« do »Povsem se strinjam«, se namreč zelo pogosto uporabljajo v družboslovnih znanostih kot intervalne lestvice (Jamieson, 2004), saj

naj bi posamezne ravni povečevale strinjanje v enakih intervalih, oziroma naj bi »za večino statističnih preizkusov odkloni precejšnje velikosti od enakih intervalov med posameznimi stopnjami ne imeli pomembnega vpliva na velikost napak prvega in drugega tipa« (Jaccard in Choi, 1996).

Prvi sklop je obsegal vprašanja o navadah pri rabi zasebnih mobilnih naprav (telefona, tabličnega računalnika, dlančnika). Zanimala nas je pogostost uporabe mobilnih naprav, določenih aplikacij oziroma storitev in kraj njihove uporabe. Drugi sklop je bil namenjen oceni znanja anketiranca v zvezi z varno rabo mobilnih naprav, ki je zelo pomembna, saj bodo ti študenti na svojih delovnih mestih kmalu rokovali z zaupnimi podatki pacientov. Tretji sklop je obsegal vprašanja v zvezi z izkušnjami z uporabo mobilnih naprav v času opravljanja strokovne prakse ali v okviru službe. Četrty sklop je bil namenjen grobi oceni ustreznosti varnostne politike o rabi mobilnih naprav znotraj inštitucije, na kateri je študent opravljal prakso oziroma je zaposlen. Na koncu je študent vnesel še nekaj demografskih podatkov (spol, starost, vrsta in letnik študija ter status).

3.2 Udeleženci in izvedba raziskave

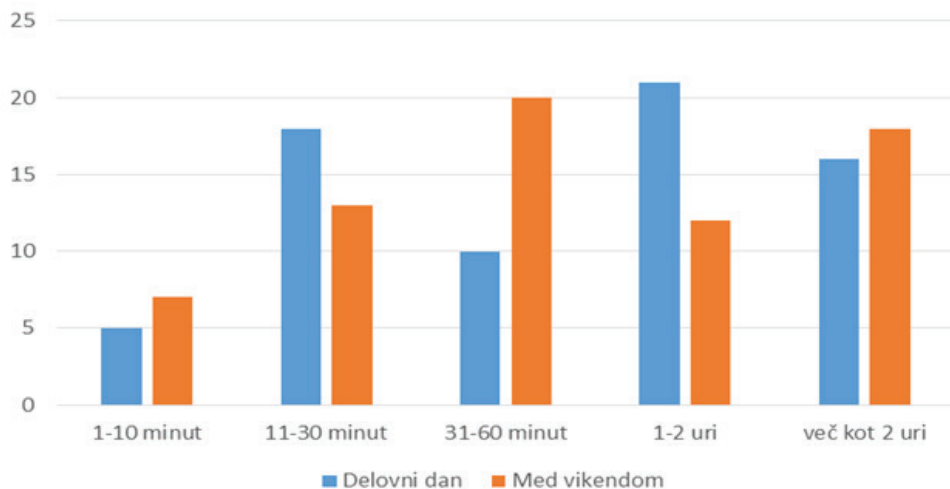
K udeležbi v raziskavi so bili pozvani vsi študenti tako rednega kot izrednega študija zdravstvene nege Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto. Povezavo do vprašalnika, ki je bil sestavljen v spletnem sistemu Enka, je posredoval študentski referat. Anketa je bila aktivna od 24. 8. 2016 do 24. 9. 2016, torej en mesec. Izmed vseh 325 študentov je vprašalnik v celoti izpolnilo 70 študentov, od tega 61 žensk in 9 moških, kar znaša 21,5 % stopnjo odziva. Med anketiranci je 18 že zaposlenih v zdravstvenih inštitucijah, dva sta zaposlena drugje, ostali pa še niso zaposleni. Med anketiranci je bilo 13 (19 %) študentov 1. letnika, 18 (26 %) študentov 2. letnika, 19 (27 %) študentov 3. letnika in 20 (29 %) absolventov dodiplomskega študijskega programa. Zajeti podatki so bili analizirani v spletnem sistemu Enka ter z orodjem MS Excel.

4 Rezultati in razprava

4.1 Sprejetost in uporabljanost mobilnih tehnologij

Vsi anketiranci uporabljajo vsaj eno mobilno napravo, pri večini je to pametni mobilni telefon (80 % anketirancev), sledi uporaba tabličnega računalnika (40 % anketirancev). Po en anketiranec uporablja dlančnik in pametno uro. 31 % anketirancev uporablja dve vrsti mobilnih naprav, 13 % pa tri vrste mobilnih naprav. Le 10 anketirancev (14 %) še vedno uporablja le navadni mobilni telefon, ki ne omogoča naprednih storitev. Anketiranec v povprečju uporablja 1,57 vrste mobilnih naprav.

Graf 1: Čas uporabe mobilnih naprav



Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

Kot prikazuje graf 1 med delovnim tednom največ anketirancev (30 %) uporablja mobilne naprave 1-2 uri dnevno, sledijo jim tisti, ki mobilne naprave uporabljajo 11-30 minut (26 %). Med vikendom največji delež (29 %) predstavljajo anketiranci, ki mobilne naprave uporabljajo 31-60 minut, sledi pa jim skupina tistih, kjer je uporaba daljša od dveh ur (26 %). Iz zajetih podatkov ne moremo trditi, da bi bila uporaba mobilnih naprav bistveno večja med tednom kot med vikendom ali obratno.

Ko smo anketirance povprašali o času uporabe mobilnih naprav na različnih lokacijah, smo ugotovili, da se mobilne naprave največ uporabljajo doma, kar pomeni, da so zaradi svoje priročnosti za številna opravila nadomestila računalnik. Sledijo uporaba v skupnih prostorih šole, v učilnici ter med vožnjo z javnim prevozom. V bodoče bi bilo potrebno vzpodbuditi pogostejšo uporabo mobilnih naprav v učilnici, kot koristnega učnega pripomočka, saj v učilnici mobilno napravo več kot 1 uro dnevno uporablja le 19 % anketirancev, medtem ko jih doma več kot 1 uro dnevno mobilno napravo uporablja 39 %.

Najpogosteje uporabljana storitev na mobilnih napravah ni več telefoniranje, ampak uporaba družabnih omrežij. 33 % anketirancev na družabnih omrežjih preživi več kot eno uro dnevno. Sledijo brskanje po spletu (30 % porabi zanj več kot 1 uro dnevno), telefoniranje, klepet, fotografiranje, glasba in video vsebine. Če navedene rezultate primerjamo z rezultati raziskave Whipple in drugi (2012), ugotovimo, da naši anketiranci v primerjavi s študenti te tuje raziskave že porabijo bistveno več časa za rabo naprednih storitev kot so družabna omrežja, internet in klepet ter da storitev telefoniranja ni več najbolj uporabljana. Tudi raziskava avtorjev Marklja in Bernika (2013), ki je bila izvedena leta 2011, je zaznala spremembo v načinih rabe mobilnih naprav in sicer jih je mobilni telefon največ uporabljalo za fotografiranje, temu pa so sledili pisanje sporočil, brskanje po internetu in poslušanje glasbe. Uporaba socialnih omrežij je v tej raziskavi bila petem mestu (zdaj na prvem).

Iz navedenega lahko sklepamo, da je sprejetost in uporabljanost mobilnih tehnologij za zasebno rabo med anketiranci zelo dobra, da pa jo je z ustreznim ozaveščanjem možno še povečati. Poudariti želimo predvsem njene potenciale za izobraževalne namene, izboljšanje zdravstvenih storitev ter na področju preventive in spremljanja lastnega zdravja.

4.2 Uporaba mobilnih tehnologij v zdravstvu

Z raziskavo ugotavljamo, da 56 % anketirancev na praksi oziroma svojem delovnem mestu za dostop do zdravstvene dokumentacije in zdravstvenih informacij že uporablja tudi mobilne naprave. Pri tem skoraj vsi uporabljajo zaseben mobilni telefon (92 %) ali zaseben tablični računalnik (8 %), le manjšina pa jih uporablja služben mobilni telefon (10 %) ali služben tablični računalnik (18 %), eden uporablja tudi služben dlančnik. Operacije največkrat vključujejo klinično dokumentacijo, sledijo naročila, laboratorijski izvidi, radiološke slike, recepti in finančni podatki. Pri tem ne gre le za pregledovanje, ampak se pogosto izvaja tudi kreiranje in zapisovanje, shranjevanje podatkov na mobilno napravo ter njihovo pošiljanje preko e-pošte. Te vrste operacij z varnostnega vidika predstavljajo bistveno višje varnostno tveganje kot samo pregledovanje. Mobilne naprave, ki se uporabljajo za službene namene, je zato nujno takoj zavarovati z naprednejšimi varnostnimi mehanizmi (predstavljenimi v tabeli 1) ter stalno ozaveščati uporabnike o varnem obnašanju na spletu.

4.3 Informacijska varnost

Zanimalo nas je, kako anketiranci ščitijo svoje mobilne naprave in njihovo vsebino ter kakšna je njihova ozaveščenost o varnem ravnanju z gesli. Od podanih možnosti zaklepanja mobilnih naprav jih največ uporablja zaščito SIM kartice s PIN kodo (povprečna ocena 4,0), medtem so druge oblike bistveno manj uporabljane. Fizično zaklepanje naprav je bilo ocenjeno s povprečno oceno 2,0, dodatno zaklepanje posameznih aplikacij pa s povprečno oceno 2,1. Ugotavljamo tudi, da je prenizko zavedanje o pomenu odjave iz storitev kot sta e-pošta ali družabno omrežje, saj je bila tukaj povprečna ocena 2,8. Tukaj pretehta udobnost, da v primeru stalne prijave ves čas spremljamo novosti, nad tem, da ob odtujitvi naprave lahko drugi uporabijo storitev v našem imenu. Zavedanje o nedeljenju gesel z drugimi uporabniki je srednje dobro, saj se 53 % anketirancev ne strinja s trditvijo, da bi njihovo geslo poznali tudi družinski člani, še več pa je takih, ki jih svojega gesla ne deli s prijatelji (76 %).

Tabela 1 prikazuje rabo naprednejših varnostnih mehanizmov, kjer so anketiranci pre-senetljivo z najvišjo povprečno oceno 4,0 odgovorili na zadnje vprašanje o uporabi programske opreme za varen izbris vsebine mobilne naprave. Najmanj uporabljana je funkcija izbrisa vsebine na daljavo (povprečna ocena 2.5), ki je v primeru kraje ali izgube mobilne naprave, še posebej, če so na njej zaupni podatki o pacientih, nepogrešljiva.

Tabela 1: Uporaba naprednih varnostnih mehanizmov

Varnostni mehanizem	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti niti	Se strinjam	Povsem se strinjam	Povp. ocena
Na mobilnih napravah imam nameščen antivirusni program, ki ga redno posodabljam.	11	14	14	20	11	3,1
	16 %	20 %	20 %	29 %	16 %	
Na mobilnih napravah uporabljam enkripcijo shranjenih podatkov.	13	13	19	20	5	2,9
	19 %	19 %	27 %	29 %	7 %	
Na mobilnih napravah imam vključeno sledenje.	13	14	23	15	5	2,8
	19 %	20 %	33 %	21 %	7 %	
Na mobilnih napravah imam vključeno funkcijo izbrisa vsebine na daljavo.	17	20	21	8	4	2,5
	24 %	29 %	30 %	11 %	6 %	
Pri pošiljanju zaupnih podatkov vedno preverim, da uporabljam varno, kriptirano povezavo.	14	11	11	19	15	3,1
	20 %	16 %	16 %	27 %	21 %	
Skrbim za redno izdelavo varnostne kopije vseh podatkov, ki jih hranim na mobilnih napravah.	13	17	13	18	9	2,9
	19 %	24 %	19 %	26 %	13 %	
Preden mobilno napravo podarim, prodam ali zavržem, pomnilno kartico varno zbrišem z uporabo ustrezne programske opreme.	5	5	7	18	35	4,0
	7 %	7 %	10 %	26 %	50 %	

Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

Če rezultate primerjamo z rezultati raziskave, ki sta jo v letu 2011 med študenti izvedla Marklej in Bernik (2013), lahko ugotovimo, da večina anketirancev v obeh raziskavah intenzivno uporablja mobilne naprave ter, da so anketiranci naše raziskave bolj ozaveščeni glede varne rabe mobilnih tehnologij. Tako v naši raziskavi uporablja in redno posodablja antivirusni program kar 45 % anketirancev (v M. in B. ga uporablja 19,5 %), 36 % anketirancev uporablja enkripcijo (v M. in B. 26%), sledenje uporablja 28% (v M. in B. 6,3 %), 39 % anketirancev skrbi za izdelavo varnostnih kopij (v M. in B. le 6,8 %). Izboljšanje je verjetno posledica aktivnosti različnih organizacij s tega področja v zadnjih letih. Vendar je prostora za izboljšave še veliko. Organizacije, kot sta SI-CERT in Arnes, pri nas skrbijo za ozaveščanje preko spletnih strani (npr. www.varninainternetu.si/) ter preko akcij, ki so posebej intenzivne v oktobru, mesecu kibernetске varnosti. Ker pa se področje mobilnih tehnologij zelo hitro razvija, bodo morali uporabniki ostati neprestano na preži ter stalno spremljati nove varnostne groženje, poznati in uporabljati varnostne mehanizme svojih naprav. Naloga zdravstvenih inštitucij, pri katerih so oziroma bodo zaposleni pa je, da jim pri tem pomagajo z ustreznimi varnostnimi politikami in usposabljanji.

5 Zaključek

Število in raznovrstnost mobilnih naprav, ki jih uporabljamo v zasebni in poslovni sferi, narašča. Ločevanje med zasebno in poslovno rabo naprav se zmanjšuje, uporabniki imajo vedno večjo moč pri izbiri storitev in lokaciji njihove uporabe. S tem pa ne morejo več pričakovati, da jih bo oddelek IT tako dobro ščitil pred vsemi grožnjami kot v preteklosti, ko je imel popoln nadzor nad napravami in storitvami. Upabniki morajo sami poznati najpogostejše oblike groženj glede na napravo in programsko opremo (operacijski sistem, aplikacije), ki jo uporabljajo, ter jo znati ustrezno zaščititi. Zato je izobraževanje vseh uporabnikov s področja informacijske varnosti danes nujno. Še posebej to velja za zdravstvene delavce, ki pri svojem delu rokujejo z zaupnimi podatki pacientov.

Z raziskavo, ki smo jo izvedli med študenti zdravstvene nege, ugotavljamo, da raba mobilnih naprav postaja del našega vsakdana, saj jih anketiranci intenzivno uporabljajo tako v zasebne kot službene namene. Ugotavljamo tudi, da se znanja za varno rabo mobilnih naprav med študenti izboljšujejo ter da ti več kot pred nekaj leti uporabljajo naprednejše varnostne mehanizme. Vendar pa je prostora za izboljšave še veliko. Zdravstvene inštitucije morajo čim prej pripraviti varnostne politike, ki od uporabnikov zahtevajo uporabo vseh predstavljenih naprednejših varnostnih mehanizmov ter organizirati ustrezna usposabljanja, saj ti mobilne naprave že precej uporabljajo tudi pri izvajanju zdravstvene nege. V nasprotnem primeru bo prihajalo do vedno večjega števila različnih varnostnih incidentov. Napadalci bodo namreč izkoriščali dva najranljivejša člena, slabo tehnično zaščitene mobilne tehnologije in njihove uporabnike brez ustreznih znanj.

LITERATURA

1. European Commission (2014). GREEN PAPER on mobile Health («mHealth»). Pridobljeno 16. 6. 2016, s <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/green-paper-mobile-health-mhealth>.
2. Jaccard, J. in Choi Wan, K. (1996). LISREL Approaches to Interaction Effects in Multiple Regression. Thousand Oaks: Sage Publications.
3. Jamieson, S. (2004). Likert Scales: How to (Ab)use them. *Medical Education*, Plymouth, 38 (12), 1217–1218.
4. Marklejš, B. in Bernik, I. (2013). Trendi uporabe mobilnih naprav. V *Sodobni aspekti informacijske varnosti*. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede.
5. PWC (2015). Turnaround and transformation in cybersecurity. Pridobljeno 25. 1. 2016, s <http://www.pwc.com/gsis>.
6. Rančigaj, K. in Lobnikar, B. (2012). Vedenjski vidiki zagotavljanja informacijske varnosti: pomen upravljanja informacijske varnostne kulture. Pridobljeno 16. 6. 2016, s http://www.fvv.um.si/konferencaiv/zbornik/Rancigaj_Lobnikar.pdf.
7. Spletna stran SecurityIntelligence. Pridobljeno 12. 9. 2016, <http://securityintelligence.com/cyber-attacks-research-reveals-top-tactics-xforce/>.
8. Spletna stran CSO. Pridobljeno 17. 1. 2016, s <http://www.csoonline.com/article/2130877/data-protection/data-protection-the-15-worst-data-security-breaches-of-the-21st-century.html>.
9. Spletna stran Healthday.si. Pridobljeno 20. 6. 2016, s <http://www.healthday.si/speakers>.

10. Spletna stran SANS. Pridobljeno 22. 1. 2016, <https://www.sans.org/reading-room/whitepapers/analyst/survey-mobility-byod-security-policies-practices-35175>.
11. Štern, A. (2010). Storitve in tehnologije m-zdravja. V B. Zajc in A. Trost (ur.), Zbornik devetnajste mednarodne Elektrotehniške in računalniške konference ERK 2010 (Zv. A, 133-136). Portorož, Slovenija.
12. Talib, S., Clarke, N. L. in Furnell, S. M. (2010). An analysis of information security awareness within home and work environments. Pridobljeno 17. 6. 2016, s <http://ro.ecu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=7348&context=ecuworks>.
13. Whipple, E. C., Allgood, K. L. in Larue, E. M. (2012). Third year medical students knowledge of privacy and security issues concerning mobile devices. *Medical Teacher*, št. 8 (34).

Vloga medicinske sestre pri rehabilitaciji pacientov po zlomu kolka

UDK 616-001.5-083

KLJUČNE BESEDE: rehabilitacija, pacienti, medicinske sestre, življenjske aktivnosti

POVZETEK - Rehabilitacija je celovit proces obnavljanja telesa po poškodbah. Zdravstvena nega predstavlja prvi korak medicinske rehabilitacije, posebno pri težko pokretnih pacientih. Podporna zdravstvena nega, nadzor in samooskrba so trije vidiki, ki so upoštevani pri zdravstveni negi pacientov po zlomu kolka. Medicinska sestra je član multidisciplinarnega tima, ki si prizadeva pri pacientu doseči stopnjo zdravja, kakršna je bila pred poškodbjo, oziroma se vsaj približati taki stopnji, oviranost in prizadetost pa zmanjšati na najmanjšo možno mero. Rehabilitacijski cilji morajo biti realni, natančno in sproti določeni v vsaki fazi rehabilitacije. Postavljeni morajo biti individualno oziroma prilagojeni vsakemu pacientu posebej. Uresničitev vseh nalog je možna le, če v obravnavo vključimo svojce, ki bodo pacienta po odpustu spodbujali k nadaljevanju rehabilitacije in ohranjanju ali izboljševanju že doseženega funkcijskega stanja. Raziskava je temeljila na kvantitativni in kvalitativni metodi. Instrument je bila analiza dokumentacije od 1. 9. 2015 do 15. 8. 2016. Vzorec obsega 166 pacientov po zlomu kolka v sklopu nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja kot ga iz Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja definira drugi odstavek 43. člena. Z analizo obstoječe dokumentacije je bila ugotovljena odvisnost pacientov od pomoči medicinske sestre pri osnovnih življenjskih aktivnostih ob sprejemu in odpustu ter obseg potrebne zdravstvene nege.

UDK 616-001.5-083

KEY WORDS: rehabilitation, admission, discharge, life activities

ABSTRACT - Rehabilitation is a comprehensive process of body healing after an injury. Nursing care represents the first step in the patients rehabilitation, especially in patients with reduced mobility. Supportive medical care, supervision and self-care are three aspects that are taken into consideration in nursing care of the patients after hip fracture. The nurse is a part of the multidisciplinary team of experts trying to fully or at least partially recover the previous level of the patient's health, and to reduce disability and morbidity. Rehabilitation goals must be realistic, well-defined and continuously updated for every phase of rehabilitation. They must be set individually for every patient. Achieving these goals will be successful only with actively included relatives, which are willing to facilitate rehabilitation process after discharge, and maintain or improve the functional state that has already been achieved. The research was based on the quantitative and qualitative method. We retrospectively analysed documentation from 1 September 2015 to 15 August 2016. We included 166 patients after a hip fracture, as a part of a continuance of hospital treatment, which is defined in the 2nd paragraph, Article 43 of the Slovenian Rules on compulsory health insurance. With the analysis of the existing documentation, we found out that patients are dependent on the help of a nurse regarding basic life activities at the admission and discharge and the extent of medical care needed was determined.

1 Uvod

Osnovni cilj vsake rehabilitacije je zmanjševanje nezmožnosti in prizadetosti vsakega posameznika na najmanjšo možno mero. Rehabilitacijski cilji morajo biti realni, natančno ter sproti opredeljeni v vsaki fazi rehabilitacije. Postavljeni morajo biti individualno in prilagojeni vsakemu pacientu posebej. Namen rehabilitacijskih ciljev je, da vsi sodelujoči vedo kam je usmerjena obravnava in spodbujanje motivacije pacienta ob doseganju zastavljenih ciljev (Karan, 2006).

Zdravstvena nega je del skrbi za pacienta, ki obsega izvajanje negovalnih postopkov in posegov pri pacientu. Vsak pacient je individuum in pri tem je pomembno, da se zna medicinska sestra prilagoditi vsakemu posamezniku, mu prisluhniti in ga razumeti. Značilnost starejše populacije je, da se manj prilagajajo spremembam, želijo ohraniti svoj življenjski bioritem in navade, ne glede na nivo vključenosti v zdravstveni sistem. Leta 2020 naj bi imeli starejši od 65 let možnost, da so socialno aktivni in da v polni meri živijo zdravo življenje še več kot 10 let. V starosti 65 let naj bi se namreč pričakovano trajanje življenja podaljšalo za 20 %. Takih, ki jim bo zdravstveno stanje v starosti 80 let dopuščalo, da samostojno živijo v domačem okolju, obdržijo samospoštovanje in ustrezno samopodobo ter svoje mesto v družbi, pa naj bi bilo leta 2020 kar 50 % več, kot jih je bilo leta 2000 (Ovsenik, 2011).

Maslow je potrebe človeka razvrstil v pet nivojev. Pri hierarhiji temeljnih potreb človeka po Maslowu je drugi nivo - potrebe po varnosti. To so potrebe človeka po preprečevanju in izogibanju nevarnostim, tudi padcem in posledičnim zlomom. Potrebe po varnosti se odražajo s strahom, zaskrbljenostjo in tesnobo. V taki situaciji so pacienti, tudi na rehabilitaciji, ko se nenadoma znajdejo v tujem, nepoznanem okolju. Za njimi je nenaden padec, zlom kolka, operativni poseg in pooperativno zdravljenje v bolnišnici. Transport iz bolnišnice je za paciente naporen tako fizično kot psihično. Pacienti se večinoma zavedajo, da so stari, velikokrat v breme svojcem in zdravstvenemu osebju; sedaj po zlomu kolka pa še bolj potrebujejo pomoč. Strah, ali bo rehabilitacija dovolj učinkovita, da bodo tudi po poškodbi živeli čim bolj samostojno in neodvisno od pomoči drugih, pacienti kažejo na različne načine. Najlažje je obravnavati paciente, ki na rehabilitacijo pridejo z upanjem, imajo velika pričakovanja in tudi notranjo motivacijo. Velikokrat pa se že ob prihodu na rehabilitacijo opazi nezadovoljstvo nad trenutno situacijo, nad zdravstvenimi delavci, ki ne razumejo potreb starejših, da starejši potrebujejo več časa za izvajanje vseh dnevnih aktivnosti. Medicinska sestra mora že ob prvem stiku, ob sprejemu pacientu vzpostaviti spoštljiv in prijazen odnos, da pacient začuti strokovnost, sprejetost in varnost rehabilitacijske obravnave. Pravilna komunikacija omogoča spoznavanje pacienta in njegovih svojcev s psihičnega, fizičnega, socialnega in duhovnega vidika ter vzpostavlja učinkovitejše odnose med zdravstvenimi delavci ter pacientom in svojci. Komunikacija se glede zdravstvenega stanja, stalno spreminja. Doživljanje in funkcioniranje pacientov je pogosto spremenjeno zaradi stresnega doživljanja in funkcioniranja ob soočanju pešanja in odpovedi čutil, pogosteje pa zaradi obojega hkrati (Jelen Jurič, 2009).

2 Vloga medicinske sestre pri rehabilitaciji pacientov po zlomu kolka

WHO definira rehabilitacijo kot »progresiven, dinamičen, ciljno orientiran in pogosto časovno omejen proces, ki posamezniku z okvarami omogoča, da spozna in doseže svojo kar najboljšo mentalno, telesno, kognitivno in/ali družbeno funkcionalno raven«. Minilo je že stoletje, odkar se je fizioterapija v svetovnem merilu začela razvijati kot pomembna znanstvena disciplina, ki pri zdravljenju in rehabilitaciji pacientov

uporablja posebne metode. V preteklih desetletjih se je razvoj fizioterapije hitro nagrajeval. Tako je v začetno rehabilitacijo in obravnavo pacienta vključena tudi medicinska sestra. Podporna zdravstvena nega, nato nadzor ter delna pomoč in na zaključku rehabilitacije samooskrba pacienta, so trije vidiki, ki jih izvaja pri zdravstveni negi pacientov po zlomu kolka (Karan, 2006). Svoje naloge izvaja na osnovi 14 osnovnih življenjskih aktivnosti po Virginiji Henderson. Namen rehabilitacije po zlomu kolka je preprečevanje in obravnavanje zapletov, vpliv na gibljivost sklepov in moč mišic, izboljšanje sposobnosti hoje in opravljanje osnovnih dnevnih opravil ter zmanjšanje tveganja za ponoven padec in zlom.

Ugotavljanje izpadlih potreb pacienta se izvede z intervjujem, pri tem se ugotavlja stopnjo samostojnosti ter sposobnosti pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti. Ugotavlja se tudi pacientovo orientiranost časovno, krajevno, situacijsko ter pacientovo sposobnost samostojnega odločanja. Pregleda in dokumentira se pacientova medikamentozna terapija, predvsem se pozornost usmeri na manjkajoča zdravila. Povprečna starost pacientov je 78 let pri ženskah in 74 let pri moških. 80 % vseh pacientov ima vsaj tri pridružene kronične bolezni, najpogosteje je to zvišan pritisk, tako, da se 1-3 krat dnevno kontrolirajo vitalne funkcije vsem pacientom na negovalnem oddelku. Na temperaturni list se zapiše vitalne znake, posebnosti prehranjevanja, datum zadnjega odvajanja. Ob sprejemu se vsakemu pacientu naredi EKG posnetek.

Vsa kega pacienta sprejme in pregleda fiziaterinja, ki ob prisotnosti medicinske sestre ugotavlja izpadle funkcije, potrebe po fizioterapiji, kontrolira sposobnost transferja iz invalidskega vozička, izvede test hoje ter ugotovi stopnjo samooskrbe. Vsa predpisana terapija in navodila se dokumentira na temperaturni list, v negovalno dokumentacijo ter rehabilitacijski kartonček.

2.1 Prehranjevanje in hidracija

Pri prehrani je posebna pozornost (Ivanuša in Železnik, 2008) namenjena tistim pacientom, ki zaradi spremenjenega načina izločanja ne pijejo dovolj tekočin, ne dobijo dovolj beljakovin in C- vitamina v hrani. Ker je podhranjenost pacientov v kliničnem okolju pogosto spregledana (Hafer, 2009) so intervencije medicinske sestre naslednje:

- pri pacientu načrtuje, spremlja in po potrebi beleži vnos hrane in bilanco tekočin,
- v primeru diete je odgovorna za pravočasen vpis diete ter njeno realizacijo,
- pri oslabeledih pacientih hrano primerno razreže, po potrebi tudi hrani pacienta,
- pacienta, ki ne more jesti, ne sili z večjimi količinami hrane, ampak se mu večkrat ponudi manjše količine -6 obrokov/dan,
- obroki hrane naj bodo bogati z beljakovinami,
- pomembno je vzpodbujanje pacienta k aktivnostim, ki povečujejo željo po hrani,
- pomembno je svetovanje in poučevanje pacienta in svojcev o načinu prehranjevanja in diete v domačem okolju,
- pomembno je redno ocenjevanje stanja pacientove kože, vitalnosti, pridobivanja telesne teže, hitrosti celjenja rane, izsušenosti sluznice, suhosti jezika.

2.2 Izločanje in odvajanje

Po operaciji in v času nadaljnje rehabilitacije ima pomembno vlogo tudi izločanje in odvajanje. Ob prihodu na rehabilitacijo je veliko pacientov v plenica, zato je pomembno, da se pacientu čim prej omogoči, da je pri tem čim bolj samostojen. Za ohranitev dostojanstva pacienta je to zelo pomembno. V okviru tega, se pacientom omogoči spremstvo in pomoč pri izvajanju te za starostnika tako pomembne aktivnosti. Največkrat slišane besede so: »Da bi lahko hodil/-a, da bom prišel/a do stranišča!« Za mlade tako normalna in lahka dejavnost je za pacienta po zlomu kolka nekaj groznega, tudi zmanjšajo vnos hrane, da bi bili čim manj odvisni od zdravstvenega osebja. Pri tej življenjski filozofiji je narobe to, da potem tudi ni pravilnega okrevanja, ker je vnos pomembnih gradnikov premajhen. Naloga medicinske sestre je, da pacienta, ki je sprejet na rehabilitacijo spremlja in nadzoruje. Paciente se spodbuja k uživanju tekočine, ker včasih enostavno pozabijo na hidracijo. V dobri polovici obravnav je ob zaključku rehabilitacije izločanje in odvajanje povrnjeno na stanje pred poškodbo.

2.3 Gibanje in ustrezna lega

Ta življenjska aktivnost omogoča vsakemu posamezniku uresničevanje ostalih življenjskih aktivnosti. Nesposobnost samostojnega gibanja je tudi razlog, zaradi katerega je pacient sprejet na rehabilitacijo. V primeru sprejema nepomičnega pacienta se najprej poskrbi za kvalitetno antidekubitusno blazino ter individualni načrt spreminjanja lege pacienta, pri čemur medicinska sestra upošteva smernice obračanja travmatološkega pacienta. Sledi učenje pacienta tehnike samostojnega obračanja v postelji, potem pa še pravilnega posedanja. Že naučene vaje za krepitev mišične moči je potrebno nadaljevati, največkrat pa tudi pokazati, ponoviti, preveriti (3P). V začetku potrebuje pomoč pri posedanju, vstajanju, transferju na invalidski voziček, pri tem mu fizioterapevt in medicinska sestra svetujeta pravilne tehnike izvajanja gibanja in hoje (Jerunc-Tanšek, Murnik-Gregorin in Radon, 2010). Predvsem je potrebno biti pozoren na možnost ponovnega padca, pri tem se uporablja Morse-jina lestvica, ki ocenjuje možnost ponovnega padca.

Zaradi RZP se podaljšuje predvideni čas hospitalizacije pacientov in njihovo vključevanje v širše življenjsko okolje je slabše.

2.4 Spanje in počitek

»Spanje je ena od skrivnosti življenja« (Henderson, 1998). Spanje je naravna potreba vsakega človeka zato je potrebno najti vzrok, kadar pacient ne more spati. Medicinska sestra najlažje poskrbi za pacientovo okolje, zaradi različnih spalnih navad je včasih dovolj že, da se pacienta preseli v drugo sobo. Kadar je vzrok nespečnosti bolečina, se jo ovrednoti in aplicira predpisano terapijo. Uporaba uspaval in anksiolitikov je hiter način za lajšanje pacientovih bolečin in reševanja problema nespečnosti. Vendar se vse prevečkrat zgodi, da se prehitro posega po zdravilih, ki povzročajo odvisnost, poleg tega pa na starostnika delujejo tudi tako, da povzročajo zmedenost. K naravnemu spancu pacienta pripomore tudi odstranitev motečih dejavnikov, kot so neprijeten

zvok, vonj ali prizori (Henderson, 1998). Predvsem pa na spanje ne sme vplivati glasen nočni pogovor, ropotanje s coklami ali glasno zapiranje vrat.

2.5 Oblačenje in slačenje

Oblačila so potrebna za človekovo kulturno in estetsko izražanje. Da se zadosti tem potrebam, potrebuje pacient intelektualno sestavino in fizično sposobnost samooskrbe. Oblačenje in slačenje sta del aktivnosti, ki jih pacient ob prihodu na rehabilitacijo ne more izvesti samostojno. Odvisen je od svojcev, ki mu pripravijo primerna oblačila in obutev, ter od medicinske sestre, ki vsak dan poskrbi za primerno obleko, zvečer pa za oblačila za spanje. Nekateri pa potrebujejo vsaj delno pomoč pri oblačenju in slačenju spodnjih delov oblačil ter nogavic in obutve. Pacientu se ohranja njegovo dostojanstvo tudi z primernim izborom obleke, tekom rehabilitacije pa se samostojnost pacienta povečuje in ob odhodu potrebuje večina pacientov samo še minimalno pomoč pri obuvanju.

2.6 Osebna higiena in urejenost

Vzdrževanje telesne čistoče in urejenosti omogoča posamezniku ohranitev zdravja in občutek ugodja. Ob prihodu na rehabilitacijo pacienti niso zmožni, da bi samostojno izvajali osebno higieno, zato zdravstveni tim poskrbi, da so pacienti umiti in urejeni. Dvakrat na teden se vse paciente stušira, se pa upošteva trenutno počutje pacienta oziroma odklanjanje tuširanja. Naloga medicinske sestre je zagotavljanje urejenosti pacienta. Pri tem si prizadeva, da ima vsak pacient možnost, pripomočke in potrebno pomoč, da je čist in prepreči širjenje telesnih vonjev.

2.7 Zagotavljanje varnosti

Ob prihodu na rehabilitacijo imajo vsi pacienti rane, nekateri tudi še sponke. Medicinska sestra po navodilu fiziatrijne izvaja preveze rane, odstranjuje sponke. Pri tem je pomembno, da se opazuje: izgled rane, velikost rane, lokacijo rane, stopnjo celjenja, okolico rane, prisotnost bolečine v rani in njeni okolici, izloček, količino izločka ter robove rane. Ne glede na morebitne spremljajoče bolezni sposobnost tkiv za celjenje s starostjo upada, pri starostnikih so tkiva bolj atrofična, slabše prekrvavljena, koža je stanjšana in slabe napetosti. Čas odstranjevanja sponk se zato prilagodi vsakemu pacientu posebej glede na časovni potek celjenja rane, klinično sliko, vrsto operacije in mesto, kjer je rana šivana. Pravilna in pravočasna odstranitev sponk preprečuje okužbo in omogoča dokončno celjenje rane. Kdaj se bo sponke odstranilo pa odloči operater (Mertelj, Kramar in Uršič, 2010).

Bolečina je najmočnejša neposredno po operativnem posegu, potem pa se počasi zmanjšuje. Ob prihodu na rehabilitacijo imajo pacienti predpisan ustrezn analgetik, včasih sta potrebna tudi dva. Pri tem se vedno upošteva zdravnikova navodila. Pacientu medicinska sestra mora verjeti, kje ga boli, kako močno ga boli ter kdaj ga boli. Sprenevedanja pacientove bolečine, da ni tako huda kot jo je ocenil, prikazuje največkrat slab odnos med medicinsko sestro in pacientom. Če se da analgetik pacientu, ki je nemiren, še preden se je ugotovil vzrok za njegovo nemirnost, lahko ta prikri-

je bolezensko dogajanje. Zato velja pravilo, da naj nemirnega pacienta najprej vidi zdravnik, ki ugotovi vzrok nemira, in odredi ustrezne terapevtske ukrepe (Saksida, 2002). Pri ocenjevanju bolečine se uporablja lestvico VAS, pacient je z njo seznanjen že na travmatološkem oddelku. Pri vrednotenju bolečine je medicinska sestra pozorna (Lahajnar - Čavlovič, Krčevski - Škvarč, Stepanovič, Čufer, 2008) na: pacientovo izražanje bolečine, lastnost, mesto, intenziteto in trajanje bolečine, kdaj se bolečina pojavi (pri spremembi lege, po fizioterapiji, v ležečem položaju, ponoči, spremembe vitalnih funkcij (tahikardija, tahipneja, hipertenzija), vpliv bolečine na opravljanje vsakodnevnih življenjskih aktivnosti, spremljajoče težave, kot so lahko nespečnost, obstipacija in pomanjkanje apetita.

Medicinska sestra se z zdravili in njihovo aplikacijo srečuje vsak dan, zato je pomembno, da ima vsaj osnovna znanja iz farmakologije. Poznati mora doziranje, delovanje, stranske učinke in način dajanja zdravil, znati mora spremljati odziv pacienta na zdravila in mu pomagati pri njihovem jemanju. Priprava in aplikacija zdravil od medicinske sestre zahtevata natančnost, točnost, osredotočenost, saj mora biti med pripravo zdravila zbrana, pri dajanju zdravil pa mora poleg tega upoštevati 10 P (Ahačič, 2012).

3 Metodologija

3.1 Namen raziskave

Namen raziskave je bil ugotoviti in proučiti odvisnost pacientov od pomoči medicinske sestre pri osnovnih življenjskih aktivnostih na rehabilitaciji pacientov po zlomu kolka. Iz medicinske in zdravstvene dokumentacije smo analizirali podatke in sicer ob sprejemu in odpustu pacienta.

3.2 Raziskovalna metoda

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela. Instrument je bila analiza dokumentacije od 01. 09. 2015 do 15. 08. 2016. Namensko so bile zbrane in analizirane naslednje spremenljivke: od kje je bil pacient premeščen, starost, spol, ali gre za nizko ergonomski zlom, koliko zdravil pacient prejema, ima v terapijo uvedene D3 kapljice, komplikacije med rehabilitacijo, pridružene bolezni, hoja ob sprejemu in odpustu ter obseg odvisnosti pacienta pri izvajanju dnevnih aktivnosti ob sprejemu in odpustu.

3.3 Vzorec

V vzorec so bili vključeni pacienti po zlomu kolka v sklopu nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja. Raziskava je bila izvedena avgusta 2016. Vzorec zajema 166 pacientov, od tega je bilo 71 % žensk in 29 % moških. Povprečna starost je 77 let, nizko ergonomski zlom (padec s stojne višine) je utrpelo 60 % pacientov. Povprečno število aplicirane terapije je 8 zdravil/dan.

4 Rezultati

Pri sprejemu pacienta na rehabilitacijo in odpustu fiziaterinje ter sodelovanju medicinske sestre se opravi celostni klinični status. Ob sprejemu je bilo samo 22 % pacientov sposobnih opraviti test hoje z berglama. 14 % pacientov z berglama samostojno, 7 % pacientov pa s spremstvom medicinske sestre.

Ob končani 14 dnevni rehabilitaciji je skupno 54 % pacientov uporabljalo bergle. 37 % pacientov je hodilo samostojno z berglama, 12 % pacientov pa s spremstvom zdravstvenega delavca. 1 % pacientov po 21-dnevni rehabilitaciji uporablja bergle samostojno samo po ravnem, po stopnicah pa potrebuje spremstvo in 8 % pacientov je samostojnih tudi pri hoji po stopnicah. Iz 0 % se je na 4 % povečal delež pacientov, ki potrebujejo spremstvo samo pri hoji po stopnicah (Tabela 1).

Tabela 1: Hoja pacientov –bergle

Hoja - bergle	Ob sprejemu		Ob odpustu		Sprememba %
	Število	%	Število	%	
bergle samostojno	24	14	61	37	23
bergle spremstvo	12	7	20	12	5
bergle 3- taktno, po stopnicah spremstvo, + 7 dni SP		0	2	1	1
bergle 4- taktno, po stopnicah spremstvo		0	7	4	4
skupaj bergle	36	21	92	54	33

Vir: Zdravstvena dokumentacija, 2016.

Pri ugotavljanju kliničnega statusa je ob sprejemu 31 % pacientov uporabljalo hoduljo. 17 % pacientov je za hojo uporabljalo hoduljo samostojno, hoduljo ob spremstvu zdravstvenega delavca pa 13 % pacientov. Pri 1 pacientu je bila opisana širokotirna hoja, pri enem pa samo stoji ob hodulji, hoje pa ne zmore.

Pri odpustu je 41 % pacientov za samostojno hojo uporabljalo hoduljo. Delež pacientov, ki uporabljajo hoduljo samostojno se je povečal na 33 %, na 8 % pacientov se je zmanjšal delež pacientov, ki zaradi varnosti pri hoji potrebujejo spremstvo zdravstvenega delavca, na 0 % se je zmanjšal delež pacientov, ki so ob sprejemu lahko samo stali ob hodulji (Tabela 2). Pri rehabilitaciji se uporablja 6 vrst hodulj, fizioterapevt pa oceni katera je najprimernejša za posameznega pacienta.

Tabela 2: Hoja pacientov –hodulja

Hoja - hodulja	Ob sprejemu		Ob odpustu		Sprememba %
	Število	%	Število	%	
hodulja samostojno	28	17	54	33	16
hodulja s spremstvom	22	13	14	8	-5
stoji ob hodulji, hoje ne zmore	1	1		0	-1
skupaj hodulje	51	31	68	41	10

Vir: Zdravstvena dokumentacija, 2016.

Ob sprejemu na rehabilitacijo je bilo 34 % pacientov na invalidskih vozičkih, ker niso bili zmožni uporabljati za hojo vsaj hodulje. Pri tem je 30 % pacientov potrebovalo pomoč pri transferju (do preiskovalne mize, postelje, na fizioterapije), po 1 % pacientov pa je bil samo na invalidskem vozičku, 1 % pacienta je bil sposoben uporabe hodulje na krajše razdalje, 1 % pacientov potrebuje za stoji ob hodulji asistenco ter 1 % pomoč pri transferju in hodulja s spremstvom. Pri odpustu noben pacient ni bil samo na vozičku 0 % pacientov; delež nepomičnih pacientov se je zmanjšal za 34 % (Tabela 3).

Tabela 3: Hoja pacientov –invalidski voziček

Hoja –invalidski voziček	Ob sprejemu		Ob odpustu		Sprememba %
	Število	%	Število	%	
invalidski voziček	3	2		0	-2
invalidski voziček pomoč pri transferju	51	31		0	-31
invalidski voziček, pomoč pri transferju, stoji ob hodulji, nekaj korakov ob izdatni asistenci, ne pozna zaporedja korakov	1	1		0	-1
invalidski voziček, pomoč pri transferju, hodulja s spremstvom	1	1		0	-1
skupaj invalidski voziček	56	34	0	0	-34

Vir: Zdravstvena dokumentacija, 2016.

Delež pacientov, ki uporabljajo za hojo bergle se je ob zaključku rehabilitacije povečal na 54 %, pacientov. Uporaba hodulje za hojo se je povečala iz 31 % na 41 %. Ugotavljamo, da se je uporaba invalidskega vozička zmanjšala iz 34 % na 0 %. Skupina test hoje – drugo pa se je zmanjšala za 9 %, tako, da je samo 5 % pacientov opisanih kot ni spremembe, od tega so 4 % odpuščeni v nadaljnjo zdravstveno obravnavo v Splošni bolnišnici (Tabela 4).

Tabela 4: Hoja –povzetek

Hoja -povzetek	Ob sprejemu		Ob odpustu		Sprememba %
	Število	%	Število	%	
skupaj bergle	36	21	92	54	33
skupaj hodulje	51	31	68	41	10
skupaj invalidski voziček	56	34	0	0	-34
skupaj drugo	23	14	8	5	-9
vsi skupaj	166	100	166	100	

Vir: Zdravstvena dokumentacija, 2016.

Ob sprejemu fiziaterinja ob sodelovanju medicinske sestre oceni stopnjo samooskrbe. Od 166 pacientov jih je 58 % potrebovalo popolno pomoč pri izvajanju dnevnih aktivnostih. Delno samostojnih pacientov je bilo 39 %, v skupini samo minimalno pomoč

ni bilo nikogar. Za 2 % pacientov ni bilo dokumentiranega podatka, 1 % pacienta pa je bil še isti dan premeščen v Splošno bolnišnico. Po končani rehabilitaciji je samo še 10 % pacientov potrebovalo popolno pomoč pri izvajanju dnevnih oziroma 14 življenjskih aktivnostih, delež popolnoma odvisnih pacientov od pomoči medicinskih sester se je zmanjšal za 49 %. Delež delno samostojnih pacientov se je ob zaključku rehabilitacije povečal na 56 % pacientov. V skupini pacientov, ki potrebuje minimalno pomoč (oblačenje spodnjega dela oblačil, obuvanje nogavic ter obutve) je 19 % pacientov, popolnoma samostojnih pri izvajanju dnevnih aktivnosti pa je bilo 11 % pacientov. Pri odpustu za 3 % pacientov ni bilo podatka, najverjetneje manjkajo pacienti, ki so bili premešчени v bolnišnico in so bili odpuščeni iz bolnišnice domov (Tabela 5).

Tabela 5: Obseg dnevnih aktivnosti

Obseg dnevnih aktivnosti	Ob sprejemu		Ob odpustu		Sprememba %
	število	%	število	%	
Potrebuje pomoč pri vseh DA	97	58	16	10	-49
Delno samostojen	64	39	93	56	17
Minimalna pomoč pri obuvanju			31	19	19
Samostojen			19	11	11
Ni podatka	4	2	5	3	1
Premestitev v SB	1	1	2	1	1
skupaj	166	100	166	100	

Vir: Zdravstvena dokumentacija, 2016.

5 Razprava

Sam proces zdravstvene nege na rehabilitaciji se začne, ko se medicinska sestra prvič sreča s pacientom in mora ugotoviti, kakšne so njegove zmožnosti in odvisnosti od pomoči medicinske sestre pri izvajanju 14 življenjskih aktivnosti. Pomembno pa je tudi kakšna pričakovanja ima pacient, da doseže stopnjo zdravja, kakršna je bila pred poškodbo, oziroma, da se vsaj približa taki stopnji. Vsaka medicinska sestra, ki pristopi k pacientu nasmejana, prijazna, s strokovnim znanjem, z občutkom in poslušom do sočloveka, naredi pacienta za polovico bolj zdravega.

Pomen zdravstvene nege je v kvaliteti zdravstvene nege pacienta, saj z dobro zdravstveno nego hitreje napreduje in okreva. Pri delu s pacientom na vseh stopnjah zdravljenja in rehabilitacije sta enakovredno pomembna ustrezna strokovna obravnava in primeren odnos do pacienta, ki je ustvarjalni temelj za pacientovo aktivno sodelovanje v procesu zdravljenja (Bavčar, 2012). 58 % sprejetih pacientov je potrebovala popolno pomoč pri dnevni opravilih, 39 % pa delno pomoč. V praksi to pomeni, da je izvajanje podporne zdravstvene nege zelo veliko, pomemben podatek je tudi tedensko število porabljenih plenjic; velikokrat je to 300 kom/teden. Izziv zdravstvene nege je, da pri čim večjem številu pacientov povrniti normalen način izločanja, kar se pri 50 % tudi uspe. Operacija kolka se najpogosteje izvede pri starejših, ki ima-

jo dodatne težave, kot na primer srčna obolenja, visok krvni tlak, kronična ledvična obolenja, osteoporozo, demenco, zdravljene karcinomske bolezni, posledično imajo veliko predpisane terapije (Akesdotter-Gustafsson, Ekman, Ponze in Heikkila, 2012). Število predpisanih zdravil je variiralo od 1 (samo analgetik) do 19 zdravil dnevno. Izračunano povprečje za vseh 166 pacientov pa je prejemanje 8 zdravil dnevno.

Aplikacija terapije ima svoje zakonitosti – katero zdravilo obvezno na tešče, katero še leže v postelji, katero po hrani, zato je pomembno znanje o zdravilih, ki jih mora imeti vsaka medicinska sestra. Poudarek, ki temelji na izobraževanju vsake medicinske sestre, je, da prepozna zaplete, nepravilnosti in komplikacije. Medicinske sestre se redno izobražujemo in obiskujemo seminarje, katerih namen je, da smo seznanjene z novostmi in novimi smernicami o prepoznavi bolezenskih znakov, ki vodijo v zaplet in komplikacijo stanja pacienta. Med rehabilitacijo pacientov se vsem pacientom preverja in dokumentira vitalne znake; pri pacientih z hipertenzijo se krvni pritisk meri 3x dnevno. Pri sladkornih bolnikih se preverja krvni sladkor 2-3x dnevno ter aplicira inzulin po navodilih zdravnika.

Pacienti potrebujejo pomoč pri jutranjemu vstajanju, toaleti, oblačenju za vsak dan. Šele proti koncu rehabilitacije pride do potrebe samo po nadzoru izvajanja življenjskih aktivnosti. 30 % pacientov zapusti rehabilitacijo kot samostojni ali potrebujejo minimalna pomoč, kar je velik dosežek, glede na povprečno starost (74 let) pacientov.

Najbolj pogoste komplikacije oziroma bolezenska stanja, ki so ovirale rehabilitacijo so bile: v 28 % obstipacija, v 10 % občasna zmedenost, v 7 % uroinfekt in dehidracija, pri 4 % huda naglušnost, pri 4 % pljučnica, pri 3 % smo ugotavljali febrilno stanje, 4 % pacientov je že ob sprejemu imelo RZP, 1 pacient je imel epileptičen napad, pri 1 pacientu je prišlo do pojava herpes zostra in pri 1 pacientki do epistakse. Pri pacientih na Marevanu smo redno kontrolirali ciljne INR-je in prilagajali terapijo, 2 pacienta sta med rehabilitacijo hodila na dializo, 4 pacienti so prekinili rehabilitacijo zaradi žariščnega epileptičnega napada, akutnega enterokolitisa, urosepse in krvavitve v predelu operativne rane.

Pri ovrednotenju rezultatov raziskave povzamemo, da sedanje oblike rehabilitacije po poškodbi kolka ni možno izvajati brez prisotnosti medicinskih sester. Obseg postopkov in posegov je pester, iz bolnišnice so pacienti premeščeni med 12-14 dnevno po operaciji, večinoma se sponke odstranjujejo v prvih dneh na rehabilitaciji. Večina pacientov ima tudi pridružene bolezni, ki upočasnjujejo sam proces rehabilitacije, in je zaradi tega tudi več sledenja krvnim izvidom. Vse paciente glede na njihovo stanje čim prej vertikaliziramo ter vsak dan postopoma povečujemo njihovo sposobnost samooskrbe.

6 Sklep

Pri starostniku rehabilitacijo pogosto upočasnijo motnje spanja, težave z odvajanjem, motnje hranjenja, vida, sluha in slabše razumevanje. Starejši pacienti neradi pijejo tekočine, ker jim pogosto uhaja urin. Posledica je hitra izsušitev. Veliko več pozornosti

kot pri mladih pacientih moramo posvečati pravilni in redni prehrani, pitju tekočine in rednemu jemanju zdravil. Pri aplikaciji terapije moramo misliti na spremenjen metabolizem, na vzporedne učinke različnih kombinacij, predvsem pa na to, da se klinični status lahko hitro spremeni in s tem tudi predpisana zdravila. Starostniki potrebujejo skrbnejši nadzor, večkratne kontrole kliničnega statusa in prilagoditev tako fizikalne kot medikamentozne terapije. Potreben je multidisciplinaren timski pristop in dobro sodelovanje med člani rehabilitacijskega tima. Vloga medicinske sestre je pri rehabilitaciji pacientov po zlomu kolka sicer res v podporo fizioterapevtom pri izvajanju predpisane fizioterapije, vendar se zaradi specifične populacije hitro povečuje potreba po prisotnosti večjega števila zaposlenih sester, ki zagotovijo, da je pacient urejen, nahranjen, umit, brez bolečin, s stabilnimi vitalnimi znaki. Samo taki pacienti lahko izvajajo začetno kooperativno rehabilitacijo, ki je kljub individualni obravnavi za pacienta naporna.

Izziv za zdravstveno nego na rehabilitacijskem področju je v prihodnosti povečati obseg postopkov in posegov, ki se jih izvaja, narediti zdravstveno nego bolj vidno in tako zagotoviti možnost rehabilitacije čim večji skupini pacientov.

LITERATURA

1. Ahačič, M. (2012). Vloga medicinske sestre pri razdeljevanju zdravil. V A. Blažun (ur.), NIAHO IN ISO 9001 v bolnišnicah: predstavitev izkušenj v Kliniki Golnik. Zbornik predavanj (str. 12-14). Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergije Golnik.
2. Akesdotter - Gustafsson, B., Ekman, S., Ponze, S. in Heikkilä K. The hip and knee replacement operation: an extensive life event 2009. Pridobljeno 29. 03. 2012, s <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010854833&site=ehost-live>.
3. Bavčar, P. (2012). Psihologova pomoč bolniku pri sprejemanju težav z motnjami požiranja. V R. Petkovšek - Greforin (ur.), Motnje požiranja in načini hranjenja (str. 73-80). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti.
4. Hafer, N. E. (2009). Hospital Malnutrition: Assessment and Intervention Methods. V C. Best (ed). Nutrition, a handbook for nurses (str. 23-55). West Sussex: Wiley - Blackwell.
5. Henderson, V. (1998). Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
6. Ivanuša, A. in Železnik, D. (2008). Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
7. Jelen Jurič, J. (2009). Zdravstvena nega v zadnjih dneh življenja. V S. Novaković, B. Zakotnik, in J. Žgajnar, (ur.), 22. Onkološki vikend, zbornik – Paliativna oskrba ob koncu življenja (str. 41-47). Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega združenja: Onkološki inštitut Ljubljana in zveza slovenskih društev za boj proti raku.
8. Jerunc - Tanšek, M., Murnik-Gregorin, M. in Radon, E. (2010). Varen transfer pacienta. V B. Skela - Savič., B. M. Kaučič., B. Filej., K. Skinder - Savič., M. Mežek - Veber., K. Romih., S. Pivač, idr. (ur.), Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege (str. 419-435). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
9. Karan, K. (2006). Rehabilitacija in posebnosti rehabilitacijske zdravstvene nege. V R. Trampuž (ur.), Invalidnost - spregovorimo o njej. Zbornik prispevkov (str. 55-61). Nova Gorica: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

10. Mertelj, O., Kramar, Z. in Uršič, H. (2010). Zdravstvena nega pacienta z rano . V B. Skela - Savič, B. M. Kaučič, B. Filej, K. Skinder Savić, M. Mežik Veber, K. Romih idr. (ur.), Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege – izbrana poglavja (str. 211–252). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
11. Ovsenik, M. (2011). Staranje – izziv znanosti. V D. Železnik in B. M. Kaučič (ur.), Gradimo prihodnost: odprti za spremembe in nove izzive na področju raziskovanja zdravstvenih in socialnih ved: 1. Znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih in socialnih ved. Zbornik predavanj z recenzijo (str. 68-79). Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec.
12. Saksida, K. (2002). Akutna bolečina v urgentni medicini. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Stavovi studenata sestrinstva prema osobama sa demencijom

UDK 616.892.3+378

KLJUČNE RIJEČI: demencija, edukacija, studenti, stigma

POVZETEK - Demencija je oblik kroničnoga moždanog sindroma s višestrukim kognitivnim poremećajima, od kojih je najvažniji oštećenje pamćenja. Najčešći oblik bolesti uključuje sporo, ireverzibilno propadanje intelektualnih funkcija, koje je praćeno i drugim psihičkim te tjelesnim smetnjama. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, u svijetu danas od demencije boluje čak 47,5 milijuna ljudi. Uzroka demencije ima mnogo, no osnovni uzrok je odumiranje stanica mozga, odnosno neurona. Najčešći je Alzheimerov tip demencije, a nastaje kao posljedica Alzheimerove bolesti. Ne postoji mogućnost izlječenja ove bolesti. Terapija se u najboljem slučaju odnosi na usporavanje razvoja simptoma, a oboljele osobe često su žrtve stigme. Cilj je ovog istraživanja bio ispitati znanja i stavove studenata sestrinstva o demenciji. Istraživanje je provedeno među studentima sestrinstva Sveučilišta Sjever. Kao temelj ovog istraživanja, načinjena je anonimna online anketa, postavljena kao Google docs dokument koju su ispitanici rješavali putem društvenih mreža. Ispitivanjem su obuhvaćena 93 studenta, a rezultati su prikazani brojčano i u postocima. Prema dobivenim rezultatima je vidljivo da su studenti sestrinstva o demenciji educirani u vrlo visokom postotku, a većina ih smatra da se u društvu malo zna o demenciji.

UDC 616.892.3+378

KEY WORDS: dementia, education, students, stigma

ABSTRACT - Dementia is a form of a chronic brain syndrome with multiple cognitive disorders from which the most important one is the damage of memory. The most common form of the disease includes slow, irreversible degradation of intellectual functions also followed by other psychological and physical disorders. According to the data of the World Health Organisation, there are about 47.5 million people with dementia in the world today. There are a lot of causes of dementia, but the main cause is dying of the brain cells, the neurons. The most common is the Alzheimer's form of dementia, and it is a result of the Alzheimer's disease. There is no way to cure this disease. In the best cases, the therapy includes the retardation of the development of symptoms, however, these patients are often the victims of stigma. The goal of this research was to test the knowledge and attitudes of nursing students about dementia. The research was conducted among nursing students of the University North. An online survey was performed as a basis for this research, as a Google docs document. 93 students completed the survey and the results are displayed in numbers and percentiles. According to the results, it can be seen that nursing students are educated about dementia in a very high percentile, and most of them think that the society knows little about dementia.

1 Uvod

Kao posljedica starenja, osim vidljivih fizičkih promjena na organizmu, javljaju se i psihološke promjene. U uobičajenim situacijama sposobnost učenja u starijoj dobi nije narušena, no mogu se javiti problemi u vezi sa smanjenom sposobnosti percepcije i kontrole pažnje i motivacije (Gregurek, 2011). Oko 5 % starijih osoba, te oko 20 % starijih od 80 godina pogođeno je poremećajima kognitivnih sposobnosti. Jedan od najčešćih poremećaja je demencija, odnosno opadanje mentalnih funkcija, koja se javlja u nekoliko oblika i zbog različitih uzroka. Demencija je progresivna i neizlječiva bolest, a završava smrću. Bolest razara moždane stanice i moždano tkivo. Značajke demencije su propadanje i gubitak pamćenja, pogoršanje intelektualnog i

tjelesnog funkcioniranja te promjene ličnosti, što se sve odražava na ukupni život bolesnika i njegove obitelji. Javlja se u starijoj životnoj dobi, ali nije normalna pojava u starenju, već teška bolest (Havelka, 1998). Demencija nastaje zbog poremećaja u neuronskim krugovima i zbog ukupnoga gubitka neurona u specifičnim područjima mozga. Pamćenje je kognitivna sposobnost koja se najčešće gubi, ali i ostale su kognitivne funkcije također zahvaćene: orijentacija, pažnja, govor, percepcija, apstraktno mišljenje, računanje, prosuđivanje, procjenjivanje i rješavanje problema, motorne i izvršne funkcije. Neuropsihijatrijski i socijalni poremećaji koji se pojavljuju u demenciji mogu dovesti do depresije, povlačenja u sebe, halucinacija, deluzija, agitacije, insomnije i dezinhibicije. (Demarin i Trkanjec, 2008).

Učestalost demencija je između 1,5 i 7 % u populaciji nakon 65 godina života te oko 30 % u populaciji starijoj od 85 godina. Od svih demencija 80 do 90 % čine primarne demencije, a 10 do 20 % sekundarne. Najčešće su Alzheimerova (50 do 60 % svih demencija) i vaskularna demencija (10 do 20 % svih demencija) ali mogu se javiti i u sklopu neke druge bolesti. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, u svijetu danas od demencije boluje čak 47,5 milijuna ljudi. Svake godine se bilježi 7,7 milijuna novih slučajeva. Predviđa se da će do 2030. godine broj oboljelih narasti na 75,6 milijuna, a do 2050. na čak 135,5 milijuna (WHO, 2016). Uzroka demencije ima mnogo, no osnovni uzrok je odumiranje stanica mozga, odnosno neurona. Neuroni su jedine stanice u našem tijelu koje nemaju mogućnost obnove. Odumrli neuroni više nikada neće povratiti svoju funkciju, a zahvaćeno područje će atrofirati. Neuroni mogu biti uništeni uslijed neke bolesti ili ozljede mozga, kada je otežan ili onemogućen dotok krvi u mozak (WHO, 2016). Do danas je poznato više od 50 bolesti koje mogu uzrokovati demenciju (Begić, 2008). Iako ova bolest ima brojne faze čije su karakteristike i trajanje često individualni, simptome demencije je općenito moguće promatrati kroz tri glavna stadija: početni ili blagi stadij, srednji ili umjereni stadij te završni stadij. Obično nakon 10 do 15 godina trajanja demencije nastupa smrtni ishod (Begić, 2014).

Najčešća je podjela demencija prema uzroku, na šest skupina dementnih sindroma. To su Alzheimerova demencija, vaskularna demencija, demencija koja se javlja uz primarnu bolest (AIDS, Parkinsonova bolest, Huntingtonova bolest, Pickova bolest, Creutzfeldt-Jacobova bolest, Wilsonova bolest i druge), demencija uzrokovana različitim tvarima (lijekovima, sredstvima ovisnosti, otrovima), demencija višestrukih uzroka (kombinacija dvaju ili više etioloških čimbenika) i demencija nepoznata uzroka. Druga je podjela na primarne i sekundarne demencije. Primarne (progresivne) demencije jesu one gdje je mozak zahvaćen neurodegenerativnim procesom (Alzheimerova, vaskularna demencija). Sekundarne su demencije uzrokovane upalnim procesima, tumorima, ozljedama mozga, intoksikacijama te procesima koji se događaju izvan SŽS-a (metabolički, hormonalni i drugi poremećaji). Postoji i podjela demencija s obzirom na lokalizaciju oštećenja: kortikalne demencije (Alzheimerova, demencija Lewyjevih tjelešaca), supkortikalne (Parkinsonova, Huntingtonova, Wilsonova) i mješovite forme gdje oštećenja mogu biti u svim područjima mozga (vaskularna demencija).

Da bi se postavila dijagnoza demencije, uz anamnestičke podatke koristi se MMSE (Mini Mental Status Examination) pomoću kojeg se putem grupa pitanja vezanih uz orijentaciju, radno pamćenje, pažnju i računanje, kratkotrajno pamćenje, govor i vizualno-spacijalne funkcije dobije brzi uvid u kognitivne sposobnosti pacijenta, te složeniji neuropsihijatrijski testovi, a u ranoj fazi bolesti potrebno je isključiti i ostale uzroke demencije. Također, rade se EEG, MR i CT te PET i SPECT kako bi se dobio uvid u stanje moždanih struktura i funkcija (Demarin i Trkanjec, 2008).

Većina oboljelih od demencije treba pomoć za zadovoljenje osnovnih potreba. Medicinska sestra brine o njihovom duševnom, ali i tjelesnom zdravlju, jer najčešće bolesnici ne registriraju vlastite tjelesne promjene (Arbanas, 2008). Pri planiranju sestrijskih intervencija osobito treba voditi računa o činjenici da degenerativne bolesti mozga, kao i životna dob bolesnika, ne dopuštaju planiranje intervencija koje bi bile usmjerene oporavku i izlječenju bolesti. Degenerativne bolesti mozga u ljudi starije dobi imaju ireverzibilan tijek. To je važna činjenica, osobito zato što će intervencije trebati mijenjati s progresijom bolesti i pogoršanjem stanja bolesnika (Sedić, 2007). Ono što je svakako još jedan od zadataka medicinske sestre u skrbi za dementnu osobu je i razbijanje mitova i stigme koja je vezana iz dementne osobe. Često se vezano uz demenciju pojavljuje mišljenje da je to normalan dio starenja, da je oslabljeno pamćenje također dio procesa starenja, da demencija znači sniženu inteligenciju, da je demencija vezana uz konzumaciju hrane spremanu u neprikladnim posudama te da su osobe sa demencijom uvijek agresivne. Postoje i stereotipi koji se vežu uz dementne osobe: te osobe su uvijek inkontinentne, uvijek su neuredni, ne mogu ništa raditi niti komunicirati. Sve te predrasude povećavaju strah od demencije, a stigma koja zbog toga slijedi osobe sa demencijom često odgađa pravodobno otkrivanje bolesti i ranu intervenciju (Goode, Booth, 2015). Zadatak medicinskih sestara i svih zdravstvenih radnika je pobijati mitove i predrasude o demenciji te educirati obitelji oboljelih i društvo u cjelini o toj bolesti.

2 Ciljevi istraživanja

Ciljevi ovog istraživanja su:

1. Ispitati znanje studenata o demenciji
2. Ispitati stavove studenata prema demenciji

3 Metode i ispitanici

Istraživanje pod nazivom »Znanja i stavovi studenata o demenciji«, provedeno je putem online ankete među studentima 1., 2., i 3. godine Studija sestrinstva Sveučilišta Sjever. Istraživanje se provodilo od 23. svibnja do 21. lipnja 2016. godine.

Za potrebe istraživanja napravljena je posebno strukturirana anketa. Ispitali su se stavovi i znanja studenata prema demenciji. Online anketa sastojala se od petnaest

pitanja. Prva tri pitanja odnosila su se na demografske podatke, a sljedećih dvanaest pitanja odnosilo se na njihove stavove i znanja o demenciji. Pitanja su bila jednostavna, kratka i jasna sa više ponuđenih odgovora. Potrebno vrijeme za ispunjavanje bilo je oko 5 minuta, a studenti su sudjelovali dobrovoljno i anonimno. Anketa je bila dostupna na stranicama web-a kao Google docs dokument, link je podijeljen putem društvenih mreža, a odgovorilo je 93 studenata oba spola i različitih dobnih skupina. Ispunjene ankete bile su direktno poslone ispitivaču putem e-mail adrese. U obradi i analizi podataka primijenili su se Google docs i Microsoft Office Excel. Rezultati ankete prikazani su u tabelama.

4 Rezultati

Tabela 1: Demografski podaci o ispitanicima

	<i>Spol</i>		<i>Dob</i>				<i>Godina studija</i>		
	<i>M</i>	<i>Ž</i>	<i>18 do 22</i>	<i>23 do 27</i>	<i>28 do 32</i>	<i>33 i više</i>	<i>1.</i>	<i>2.</i>	<i>3.</i>
N	11	82	49	20	17	7	24	22	47
%	12	88	53	21	18	8	17	33	50

U anketiranju je sudjelovalo 93 ispitanika od toga 88 % žena i 12 % muškaraca. S obzirom na dob od ukupno 93 ispitanika na anketu je odgovorilo 53 % ispitanika u dobi od 18 do 22 godine, 21 % ispitanika u dobi od 23 do 27 godina, 18 % ispitanika u dobi od 28 do 32 godine i 8 % ispitanika u dobi od 33 i više godina. S obzirom na godinu studija od ukupno 93 ispitanika, njih 17 % je 1. godina studija, 33 % je 2. godina, a 50 % ih je 3. godina studija.

Sa tvrdnjom da je demencija isto što i staračka zaboravljivost ne slaže se 81 % ispitanika, 17 % ispitanika se slaže se sa navedenom tvrdnjom, a 2 % ispitanika nije sigurno. Rezultati pokazuju da se 87 % ispitanika ne slaže sa tim da je gubitak kratkotrajnog pamćenja jedini simptom demencije, 11 % ispitanika nije sigurno, a 2 % ispitanika slaže sa tvrdnjom.

Čak 84 % ispitanika ne slaže se sa tvrdnjom da se simptomi demencije javljaju naglo, 12 % ispitanika nije sigurno, a 4 % ispitanika slaže se sa navedenom tvrdnjom.

Sa tvrdnjom da osobe mlađe od 65 godina ne mogu oboljeti od demencije 80 % ispitanika se ne slaže, 13 % ispitanika nije sigurno u tvrdnju, a 7 % ispitanika se slaže.

Od ukupnog broja ispitanika, njih 65 % ne slaže se sa tvrdnjom da se može oboljeti od demencije ukoliko ju je imao jedan od roditelja, 26 % ispitanika nije sigurno u navedenu tvrdnju, a 9 % ispitanika slaže se sa tvrdnjom.

Sa tvrdnjom da se tijekom života se može samo sumnjati na demenciju, tek obdukcijom se može 100 % utvrditi se 69 % ispitanika ne slaže, 18 % ispitanika nije sigurno u tvrdnju, a samo 13 % ispitanika slaže sa tvrdnjom da se tijekom života može samo sumnjati na demenciju.

Ispitanici u najvećem postotku tvrde da je jedan od vodećih razloga ne traženja stručne pomoći strah od otkrivanja identiteta, 21 % ispitanika nije sigurno u to, a 19 % ispitanika se ne slaže sa tim.

Tabela 2: Prikaz pitanja i odgovora ispitanika

<i>Pitanje</i>	<i>Slažem se</i>		<i>Ne slažem se</i>		<i>Nisam siguran</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Demencija je isto što i staračka zaboravljivost.	16	17	75	81	2	2
Gubitak kratkotrajnog pamćenja jedini je simptom demencije.	2	2	81	87	10	11
Simptomi demencije javljaju se naglo.	4	4	78	84	11	12
Osobe mlađe od 65 godina ne mogu oboljeti od demencije.	7	7	74	80	12	13
Ako je jedan od Vaših roditelja imao demenciju, imati ćete je i Vi.	8	9	61	65	24	26
Tokom života može se samo sumnjati na demenciju, tek obdukcijom se može 100 % utvrditi.	12	13	64	69	17	18
Jedan od vodećih razloga ne traženja stručne pomoći je strah od otkrivanja identiteta.	56	60	18	19	19	21
Postoje uspješne metode prevencije demencije.	26	28	34	37	33	35
Osobe oboljele od demencije opasne su za okolinu.	9	10	73	78	11	12
Obzirom na njihovu nesposobnost brige samih za sebe, oboljeli od demencije su teret društvu.	20	21	66	71	7	8

Ispitanici se u najvećem postotku ne slažu da postoje uspješne metode prevencije demencije, 35 % ispitanika nije sigurno u navedenu tvrdnju, a 28 % ispitanika slaže se sa tvrdnjom.

Prema dobivenim odgovorima 78 % ispitanika se ne slaže da su osobe oboljele od demencije opasne za okolinu, 12 % nije sigurno, a 10 % se slaže sa tvrdnjom.

Rezultati istraživanja pokazuju da se većina ispitanika ne slaže sa tim da su oboljeli od demencije teret društvu, 21 % ispitanika smatra da je to istina, a 8 % njih nije sigurno.

Podaci iz tabele 3 pokazuju da 42 % ispitanika smatra kako češće oboljevaju žene, 33 % nije sigurno da li su to muškarci ili žene, a 25 % njih smatra da su to ipak muškarci.

Od ukupnog broja ispitanika čak 98 % njih smatra da društvo nije dovoljno educirano o demenciji, njenim simptomima, načinima liječenja i komunikaciji, a 2 % ispitanika nije sigurno u educiranost društva o demenciji.

Tabela 3: Prikaz pitanja i odgovora ispitanika na dodatna dva pitanja.

Pitanje	Da		Ne		Ne znam	
	N	%	N	%	N	%
Je li društvo dovoljno educirano o demenciji, njenim simptomima, načinima liječenja i komunikaciji?	0	0	91	98	2	2
Pitanje	M		Ž		Ne znam	
	N	%	N	%	N	%
Smatrate li da od demencije češće oboljevaju žene ili muškarci?	23	25	39	42	31	33

4 Rasprava

Anketnim ispitivanjem obuhvaćeno je 93 studenata 1., 2. i 3. godine studija sestrinstva, od toga 12 muškaraca i 81 žena u dobi od 18 godina pa do 33 godine i više. Sa tvrdnjom demencija je isto što i staračka zaboravljivost ne slaže se 81 % ispitanika, 17 % ispitanika slaže se sa time, a 2 % njih nije sigurno u navedenu tvrdnju. S obzirom na dobivene rezultate vidljivo je da većina ispitanika zna razlikovati demenciju i staračku zaboravljivost, koja je rezultat usporavanja mentalnih procesa u starosti. Za razliku od dementnih osoba, osobe sa staračkom zaboravljivošću imaju sposobnost pamćenja novih informacija, a mogu se sjetiti i onih prije naučenih, samo što su u tome nešto sporiji nego što je to bilo u mladosti (Tomek Roksandić, 2016). Prema mišljenju ispitanika 81 % navodi kako gubitak kratkotrajnog pamćenja nije jedini simptom demencije, 11 % ispitanika nije sigurno u to, dok se samo 2 % ispitanika slaže sa time da je gubitak kratkotrajnog pamćenja jedini simptom demencije. Rezultati istraživanja pokazuju da je većina ispitanika educirana o simptomima demencije, dok je manji postotak bio nesiguran ili je krivo odgovorio na pitanje. Naime, gubitak kratkotrajnog pamćenja jest najraniji simptom demencije, ali ne i jedini. U početku je najoštećenije pamćenje za nedavne događaje, no tijekom sve veće dezorijentacije nestaje i sjećanje na daleke događaje i temeljne činjenice poput datuma, vremena i mjesta (Berk, 2008). Uz to, pojavljuju se i drugi psihički te tjelesni simptomi koji karakteriziraju demenciju, a opisani su u ranijim poglavljima. Podatak od visokih 84 % ukazuje na to da ispitanici smatraju kako se simptomi demencije ne javljaju naglo, 12 % ispitanika nije sigurno u njihovu vremensku pojavnost, a 4 % ispitanika smatra da se simptomi demencije ipak javljaju naglo. Kao što je to dokazano i u prethodnom anketnom pitanju, vidljivo je da su studenti dobro educirani o simptomima demencije koji se pojavljuju postupno i tijekom vremena gdje dolazi do pogoršanja simptoma. Na tvrdnju da osobe mlađe od 65 godina ne mogu oboljeti od demencije 80 % ispitanika se nije složilo sa time, 13 % ispitanika nije sigurno u tvrdnju, a 7 % ispitanika smatra da mogu oboljeti samo osobe starije od 65 godina. Demencija nije prirodni dio

starenja, iako šanse za obolijevanje rastu sa godinama i osobe u srednjim godinama mogu biti zahvaćene. Dijagnosticirana je i kod osoba u 30-tim godinama života (Goode i Booth, 2015). Naravno, to su značajno rjeđi slučajevi, ali dokazuju kako ova bolest ne poštuje dobne granice. Na tvrdnju ako je jedan od Vaših roditelja imao demenciju, imati ćete je i Vi, 65 % ispitanika se ne slaže sa time, 26 % ispitanika nije sigurno u to, a 9 % se slaže sa time što nije točno. Naime, naslijeđe ima ulogu u nastajanju demencije te je dokazano kako se češće javlja u nekim obiteljima, no uzroka demencije ima mnogo, a danas je poznato više od 50 bolesti koje je mogu uzrokovati (Begić, 2014). Sa tvrdnjom da se tokom života može samo sumnjati na demenciju, a tek obdukcijom se može 100 % utvrditi, složilo se 13 % ispitanika. U to nije sigurno 18 % ispitanika, a zabrinjava podatak da čak 69 % ispitanika smatra da se demencija može tokom života potvrditi. Na nju se može sumnjati, ali tek postmortalnom biopsijom se potvrđuje klinička dijagnoza Alzheimerove demencije i to u 90 % slučajeva (Demarin i Trkanjec, 2008). Dobiveni rezultati ukazuju na nedovoljnu educiranost studenata u ovom području demencije. Rezultati istraživanja utvrdili su da ispitanici u najvećem postotku (60 %) smatraju da je jedan od vodećih razloga ne traženja stručne pomoći strah od otkrivanja identiteta, 19 % ispitanika ne slaže se s time, a 21 % ispitanika nije sigurno u to. Zbog stigme, osobe s demencijom sjećaju se isključeno iz svoje socijalne mreže. U početku bolesti oni su svjesni da se s njima nešto događa i osjećaju strah da će ih okolina izolirati zbog dijagnoze te izbjegavaju odlazak liječniku. Saznanje o dijagnozi ima veliki financijski, emocionalni i fizički utjecaj na obitelj oboljelog koja je najčešće nepripremljena za novonastalu situaciju (Goode i Both, 2015). Nadalje, na pitanje da li od demencije češće oboljevaju žene ili muškarci, 42 % ispitanika odgovorilo je da su to žene, 33 % ispitanika nije sigurno, a ostalih 25 % ispitanika smatra da češće oboljevaju muškarci. Podaci pokazuju da više od polovice studenata ne zna odgovor na postavljeno pitanje što je zabrinjavajuće jer je dokazano da je jedan od rizičnih čimbenika za nastanak demencije ženski spol te da su više od dvije trećine oboljelih žene (Goode i Booth, 2015). Da ne postoje uspješne metode prevencije nastanka demencije tvrdi 37 % ispitanika, 35 % ispitanika nije sigurno u navedenu tvrdnju, a 28 % ispitanika slaže se sa navedenim. Nije moguća prevencija demencije, ali je zato moguće smanjiti rizične čimbenike za nastanak bolesti. Istraživanje provedeno 2014. godine od strane Alzheimer's Association donijelo je prilično snažne dokaze da određeni način života može doprinjeti sporijem propadanju kognitivnih funkcija. To uključuje redovitu tjelovježbu, kontroliranje rizičnih čimbenika za nastanak kardiovaskularne bolesti (dijabetes, pušenje, pretilost, hipertenzija), zdravu prehranu te doživotno učenje ili kognitivni trening (Baumgart idr., 2015). Prema mišljenju ispitanika, 78 % ih navodi da se ne slaže sa tvrdnjom da su osobe oboljele od demencije opasne su za okolinu, 12 % nije sigurno, a 10 % se slaže sa tvrdnjom. Neprihvatljivo ponašanje je često kod demenčnih bolesnika pa je to i glavni razlog slanja takvih bolesnika u odgovarajuću ustanovu za njegu (u 50 % slučajeva) (Šimić, Dajčić, Novy - Radonić i Mimica, 2008). To između ostalog uključuje lutanje, nemir, vikanje, bacanje, udaranje, odbijanje liječenja, ometanje članova osoblja. Poremećaji ponašanja kod demencije još nisu razjašnjeni, a njihovo liječenje se slabo razumije. Obzirom na nesposobnost brige samih za sebe, oboljeli od demencije su teret društvu. S navedenom tvrdnjom

se složila većina (71 %), 21 % ispitanika smatra da su oboljeli teret društvu, dok njih 8 % nije sigurno. Skrb za dementnog bolesnika svaku obitelj košta u prosjeku oko 2.150 kuna mjesečno ili 25.800 kuna godišnje, što je 61 posto svih troškova oboljelog. U Hrvatskoj, prema procjenama, troškovi ukupno iznose oko 3,6 milijardi kuna, a u posljednjih pet godina narasli su 5,6 posto. U 90 % slučajeva skrb i njegu dementnim osobama pružaju članovi njihove obitelji koji u najvećem broju slučajeva radi toga pate od stresa (fizički, emocionalno i financijski). Najčešće su to ženske njegovateljice (Beraković, 2015). Na upit o tome da li je društvo dovoljno educirano o demenciji, njenim simptomima, načinima liječenja i komunikaciji, istaknuto je od većine (98 %) ispitanika da društvo nije dovoljno educirano o tome, dok samo 2 % ispitanika nije sigurno u educiranost društva o demenciji. Dobiveni rezultati prikazuju realnu priču koja se odvija u našem društvu. Mali broj građana je educiran o demenciji i o tome kako postupati sa oboljelim članovima obitelji, prijateljima ili poznanicima. Nažalost, većina njih počinje se informirati tek kada oboli netko od bližnjih. Problem je u tome što simptomi demencije nastupaju postepeno, pa se demencija dijagnosticira tek u kasnijoj fazi bolesti kada su manje šanse za produljenje kvalitete života.

Demencija utječe i na članove obitelji i bolesnika. Obitelj ima najvažniju ulogu u podršci bolesniku. Medicinska sestra pomaže članovima obitelji da prepoznaju svoje uloge i odnose, pomaže im da razviju stvarne i dohvatljive ciljeve, da prepoznaju znakove nadolazeće krize i da budu za nju spremni. Medicinska sestra prije svega svojim aktivnostima pomaže bolesnicima da razviju ili očuvaju za njih maksimalnu razinu samostalnosti, odnosno optimalnu razinu ovisnosti sukladno njihovom stanju (Moro i Frančišković, 2011). Medicinska sestra se treba aktivno zanimati za bolesnika, njegove potrebe i probleme. Treba imati dovoljno vremena za svakoga bolesnika i izbjegavati stvaranje ovisnosti bolesnika o sestri i težiti njegovom što većem osamostaljenju. Odnos prema bolesniku treba biti stručan i profesionalan. Pristup svakom bolesniku treba biti individualan, u skladu s njegovim posebnim potrebama.

5 Zaključak

Demencija je jedan od najvećih društvenih i javno zdravstvenih problema današnjice. Bolest je neizlječiva pa značajno utječe na obitelj, supružnike, žene koje su najčešće i njegovateljice. Osim što je skrb za bolesnika izrazito teška i zahtjevna, ona je i vrlo skupa. Stoga, što se bolest prije dijagnosticira i počne liječiti, kvaliteta života oboljelog i obitelji može se uvelike poboljšati, a samim time će se smanjiti troškovi skrbi za koje obitelj i društvo izdaju mnogo sredstava.

Studenti koji su anketirani u ovom istraživanju dali su obećavajuće rezultate vezane uz znanje i stavove o demenciji. Ono na što ukazuju rezultati istraživanja jest da je krajnje vrijeme da se javnost educira o demenciji u svrhu destigmatizacije i povećanja svijesti. Okolina bolesnika mora se prilagoditi bolesti i njenim posljedicama, mora zadržati dostojanstvo bolesne osobe i naučiti prepoznavati neverbalne znakove koje bolesnik odašilje. Vrlo važna sastavnica su razumijevanje, podrška i skrb koju bo-

lesniku pružaju osobe koje se o njemu brinu. Treba zadržati kvalitetu života oboljele osobe i njezine obitelji što je moguće dulje, pomoći u otklanjanju tegoba koje im mogu olakšati svakodnevno življenje. Svaki bolesnik ima pravo na ravnopravan život u zajednici kao što imaju i drugi pa se u skladu s time treba i tako odnositi i pomoći im u svakom pogledu.

Prema rezultatima istraživanja vidljivo je da su studenti sestrinstva dobro educirani i pozitivnog stava prema oboljelima od demencije. Oni su ti koji poimaju pacijenta kao cjelovito biće i koji će ga negovati bez obzira na njegov status, stanje, sposobnosti i mogućnosti. U očima medicinske sestre/tehničara svaki je čovjek jednak. Pomoću stečenih znanja i vještina, medicinska sestra će pomoći u ublažavanju, rješavanju i podnošenju problema, pružanju podrške kada im je to potrebno, ona će se nositi s ljudskom patnjom u njihovim najtežim trenucima te će savjesno i kritički provoditi ono što je propisano.

LITERATURA

1. Arbanas, G. (2008). Psihijatrija. Zagreb: Naklada Slap.
2. Baumgart, M., Snyder, H. M., Carrillo, M. C., Fazio, S., Kim, H. and Johns, H. (2015). Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. *The Journal of the Alzheimer's Association*, 11, No 6, pp. 718–726. Preuzeto 26. 09. 2016, sa [http://www.alzheimersanddementia.com/article/S1552-5260\(15\)00197-1/fulltext](http://www.alzheimersanddementia.com/article/S1552-5260(15)00197-1/fulltext).
3. Begić, D. (2014). Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada.
4. Beraković, Đ. Mjesec borbe protiv Alzheimerove bolesti pod geslom »Jesenja ruža za jesen života«. Preuzeto 26. 07. 2016, sa <http://zdravlje.hina.hr/content/9031126>.
5. Berk, L. E. (2008). Psihologija cjeloživotnog razvoja. Jastrebarsko: Naklada Slap.
6. Demarin, V. i Trkanjec, Z. (2008). Neurologija. Zagreb: Medicinska naklada.
7. Goode, B. i Booth, G. (2015). *Dementia Care – A Care Worker Handbook*. London, UK: Hodder Education.
8. Gregurek, R. (2011). Psihološka medicina. Zagreb: Medicinska naklada.
9. Havelka, M. (1998). Zdravstvena psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap.
10. Moro, L., Frančičković, T. idr. (2011). Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada.
11. Sedić, B. (2007). Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
12. Šimić, G., Dajčić, M., Novy – Radonić, E. i Mimica, N. (2008). Liječenje simptoma agresivnosti u osoba s Alzheimerovom bolešću. *Tribina Udruge za Alzheimerovu bolest, Zagreb, Hrvatska*. Preuzeto 26. 09. 2016, sa <http://bib.irb.hr/prikazi-rad?rad=328501>.
13. Tomek – Roksandić, S. idr. (2006). Doba mudrosti i zrele ljubavi. *Vaše zdravlje*, br 49 (08/06). Preuzeto 26. 07. 2016, sa <http://www.vasezdravlje.com/izdanje/49/>.
14. World Health Organization, Media centre, April 2016. Preuzeto 26. 09. 2016, sa <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>.

Zavest zaposlenih o podhranjenosti pacientov v Splošni bolnišnici Novo mesto

UDK 613.24-056.24

KLJUČNE BESEDE: bolniki, prehrana, podhranjenost, bolnišnice

POVZETEK - Podhranjenost bolnikov v bolnišnicah je pogosto spregledan problem. Prevalenca podhranjenosti se giblje okoli 31 %. Znano je, da se prehranski status bolnikov v času hospitalizacije še poslabša. Leta 2013 smo si v Splošni bolnišnici Novo mesto zastavili prednostne naloge za izboljšanje prehranske podpore in ozaveščenosti zaposlenih o podhranjenosti. Ukrepi so zajemali vse nivoje organizacije prehranske obravnave; oskrbo s hrano, dietetsko obravnavo in timsko zdravstveno obravnavo. V 2016 smo opravili evalvacijo merljivih ukrepov. Za ovrednotenje preteklega dela smo pregledali delež bolnikov s tveganjem za podhranjenost, delež bolnikov z dietno prehrano, delež bolnikov s popolno enteralno prehrano, čas od sprejema do prve dietetske obravnave, število vseh prehranskih obravnav in število zabeleženih diagnoz »podhranjenost« v odpustna pisma. Ocenjujemo, da smo naredili korak v pozitivno smer. Merjeni kazalniki večinoma vsa tri leta ostajajo na isti ravni. Izvedli smo manjše ukrepe, ki so nam jih dane okoliščine omogočale. Za povečanje ozaveščenosti zaposlenih o podhranjenosti in posledično ukrepanje za zmanjšanje njenih negativnih učinkov bi bila potrebna aktivnejša vključitev klinične prehrane v klinično delo. Za to pa so potrebne tudi sistemske rešitve.

UDC 613.24-056.24

KEY WORDS: malnutrition, awareness, actions, hospital

ABSTRACT - Malnutrition is often an overlooked problem in hospital patients. Studies show that approximately 31% of all hospital patients are malnourished. Nutritional status is known to worsen during hospital stay. In 2013, General hospital Novo mesto set priority tasks to improve the nutrition support and rise malnutrition awareness of its employees. Process included all levels of nutrition management; food-service, dietary consultations and tem healthcare treatment. Evaluation of measurable actions was done in 2016. To estimate the previous work, we reviewed the proportion of patients at nutritional risk, proportion of patients with prescribed diet, proportion of patients with total enteral nutrition, time from the hospitalisation to the first dietetic consultation, the total number of nutritional management records, and the number of recorded malnutrition diagnoses in discharge letters. We estimate our progress as positive. Results of evaluation show that we have stayed on the same level of awareness for the last three years. In the given circumstances we were able to implement smaller changes. To increase the awareness of malnutrition among healthcare professionals, and consequently reduce negative clinical implications, a clinical nutrition should be more involved in the clinical setting. Therefore, system solutions are needed.

1 Uvod

Podhranjenost je posledica dolgotrajnega nezadostnega vnosa beljakovin in/ali energije, kar se odraža v izgubi maščobne in/ali mišične mase. Podhranjenost nastopi v kombinaciji z vnetnimi aktivnostmi v telesu, ki so v bolnišničnem okolju povezane s stradanjem ter kronično ali akutno boleznijo. Podhranjenost se razvije neodvisno od vrednosti Indeksa telesne mase (ITM) (Jensen idr., 2010). Tveganje za podhranjenost se najpogosteje povezuje s starostniki, vendar podatki nakazujejo, da je večina podhranjenih bolnikov mlajša od 65 let (Elia in Russell, 2008).

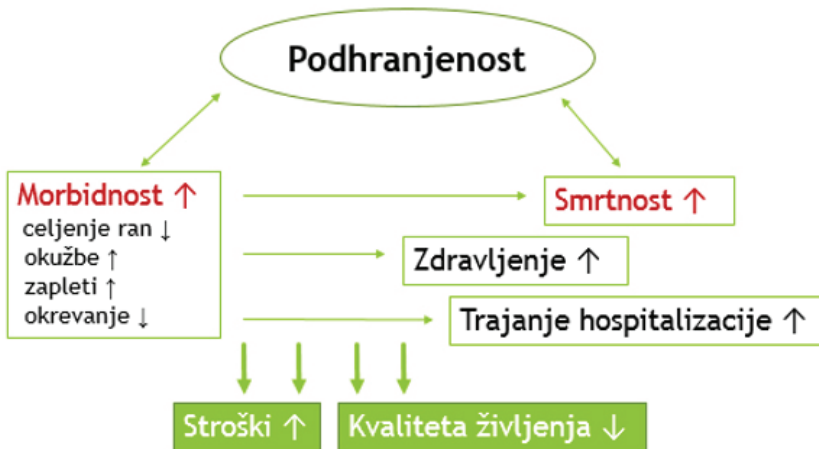
5 % celotne populacije v Evropi bremeni tveganje za podhranjenost. Ta odstotek se podvoji pri starejših od 65 let. Pri posameznikih med 75-80 let v domski oskrbi pa le ta znaša 20 % (Ljungqvist, 2009). V Angliji so ocenili, da se 93 % podhranjenih bolnikov nahaja izven bolnišnice, 5 % v domski oskrbi in 2 % v bolnišnicah (Elia in Russell, 2008). Kljub temu, da je večina podhranjenih bolnikov izven bolnišnice, je potrebno upoštevati pretok bolnikov skozi bolnišnično oskrbo, zaradi česar imajo zdravstveni delavci ključno vlogo pri prepoznavanju podhranjenosti in pričetkom prehranskega zdravljenja, ki se lahko nato nadaljuje v okolju, kamor je bolnik odpuščen (Elia in Russell, 2008).

Bolnišnična podhranjenost predstavlja dolgoleten izziv, saj trenutni podatki zrcalijo manjše izboljšave na tem področju. Približno 31 % vseh hospitaliziranih bolnikov je podhranjenih ali prehransko ogroženih. Pri starostnikih, in v nekaterih vejah medicine (npr. onkologija), je ta delež še višji (Norman, Pichard, Lochs in Pirlich, 2008).

Nizozemske in ameriške študije ocenjujejo, da je okoli 50 % podhranjenih bolnikov v bolnišnici neprepzanih kot takih, 69 % bolnikov tekom hospitalizacije hujša (Somanchi, Xuguang in Mullin, 2011). Švicarska raziskava na 1707 bolnikih je pokazala, da približno 70 % hospitaliziranih bolnikov ne zadosti priporočenih potreb po energiji in/ali beljakovinah. Bolezen in/ali zdravljenje je bila glavni vzrok za to le pri 26 % bolnikov (Kondrup in Sorensen, 2009).

Podhranjenost ima pomembne in merljive nezaželene učinke na izid zdravljenja in telesno funkcijo. V bolnišnicah je podhranjenost povezana s pogostejšimi zapleti zdravljenja, okužbami kirurške rane, padci, razjedami zaradi pritiska, smrtnostjo, daljšo hospitalizacijo in višjimi stroški zdravljenja (Norman, Pichard, Lochs in Pirlich, 2008).

Slika 1: Posledice podhranjenosti



Vir: Norman, K., Pichard, C., Lochs, H. in Pirlich, M. (2008). Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr*, 27 (1), 5–15.

1.1 Ekonomsko breme podhranjenosti

Podhranjenost predstavlja ekonomsko breme tako za družbo kot bolnišnice. Podhranjenost prizadene okoli 20 milijonov bolnikov v Evropski uniji, kar letno stane vlado do 120 milijard evrov. 6-mesečni stroški zdravljenja podhranjenih bolnikov so več kot 2-krat višji od stroškov zdravljenja dobro prehranjenih bolnikov (1650 € vs. 706 €). Stroški zdravljenja podhranjenosti so 2-krat višji kot zdravljenje prekomerne telesne teže in debelosti (Guest idr., 2011).

Ugodne ekonomske učinke lahko dosežemo z:

1. zdravljenjem z oralnimi prehranskimi dodatki (OPD):

- zmanjšanje stroškov zdravljenja za 21,6 %. Vsak ameriški dolar, ki je namenjen nakupu OPD se, s preprečevanjem ponovnih zapletov, povrne z 52 \$ prihranka, (Philipson, Thornton Snider, Lakdawalla, Benoit Stryckman in Goldman, 2013),
- vsak ameriški dolar, ki je namenjen nakupu OPD se povrne z vsaj 2,56 \$ prihranka s preprečevanjem ponovne hospitalizacije (Philipson, Thornton Snider, Lakdawalla, Benoit Stryckman in Goldman, 2013),
- ob pregledu 14 ekonomskih raziskav, ki so primerjale stroškovno učinkovitost zdravljenja z OPD in brez njih, jih je bilo 12 naklonjenih zdravljenju z OPD in te so imeli za 12,2 % nižje stroške zdravljenja (Elia, Normand, Norman in Laviano, 2016).
- na račun zmanjšanja pojava posledic podhranjenosti so stroški zdravljenja na kirurških oddelkih zaradi uporabe OPD nižji za 746 funtov na bolnika (Elia, Normand, Norman in Laviano, 2016).

2. zaposlovanjem dietetikov:

- vsak evro, namenjen prehranski obravnavi, se družbi povrne z 1,20–1,90 € (pri podhranjenih starejših hospitaliziranih bolnikih), z 3–22,60 € (pri bolnikih z rakom na GIT ali rakom pljuč) in z 2,40–4,50 € (pri bolnikih z rakom glave in vratu) (Kok in Scholte, 2014),
- prehransko presejanje in zgodnja prehranska obravnava podhranjenih bolnikov lahko zmanjša trajanje hospitalizacije in stroške zdravljenja (Somanchi, Xuguang in Mullin, 2011).

Pomembnen korak k zmanjšanju ekonomskega bremena podhranjenosti in izboljšanju prehranske podpore v bolnišnici je ozaveščanje zaposlenih o podhranjenosti.

Bolnišnična podhranjenost je zdravstveni problem, ki ostaja neprepoznan in podcenjen s strani zdravstvenih delavcev, za kar so številne študije kot glavni vzrok navedle pomanjkanje ozaveščenosti in izobraženosti zaposlenih. Te ugotovitve potrjuje tudi raziskava zdravstvenih ustanov, znotraj katere je leta 2001 Evropski svet (Council of Europe on Food and Nutritional Care in Hospitals) opredelil pet faktorjev, ki omejujejo optimalno prehransko oskrbo in podporo: pomanjkanje izobraženosti iz področja prehrane med zdravstvenimi delavci, pomanjkanje interdisciplinarnega sodelovanja, pomanjkanje odgovornosti za načrtovano prehransko podporo, pomanjkanje vpletenosti bolnišnične uprave ter pomanjkanje vpliva in znanja bolnikov. Preprečevanje

in zdravljenje bolnišnične podhranjenosti nudi priložnost za optimizacijo celotne zdravstvene oskrbe, izboljšanje izidov zdravljenja in zmanjšanje stroškov (Beck idr., 2002).

1.2 Kako povečati zavest zaposlenih o podhranjenosti

Usmeritve za izboljšanje zavesti zaposlenih o podhranjenosti je podala ameriška zveza Alliance, s katerimi želi poudariti ključno vlogo prehranske obravnave v bolnišnicah in podati praktične načine diagnosticiranja in zdravljenja podhranjenih bolnikov ali bolnikov s prehranskim tveganjem. Model prehranske oskrbe je sestavljen iz šestih sklopov (Tappenden, Quatrara, Parkhust, Malone, Fanjiang in Ziegler, 2013):

Tabela 1: Alliance model prehranske oskrbe

Naloga za preoblikovanje bolnišničnega okolja	Naloga za usmerjeno klinično delo
Vzpostavitev pozitivnega odnosa do prehrane v instituciji.	Takojšnje izvajanje prehranskih ukrepov in nadaljnje spremljanje stanja.
Ponovna opredelitev dela zdravnikov, kamor se vključi tudi prehranska podpora.	Deljenje prehranskega načrta z medicinskim osebjem, ki je vključeno v zdravljenje bolnika.
Prepoznavanje in diagnosticiranje vseh bolnikov s prehranskim tveganjem.	Ob odpustu izdelati in izdati prehranski načrt za domače okolje in izobraziti bolnika in/ali svojce.

Glavni ukrepi za izboljšanje teh prednostnih nalog so prikazani na sliki 2:

Slika 2: Ukrepi za izboljšanje

1 Vspostaviti pozitiven odnos do prehrane v instituciji	<ul style="list-style-type: none"> • Poznavati dejstva – prehrana izboljša izide zdravljenja • Zadostno in ustrezno prehransko ukrepati • Med zdravstvenimi delavci prepoznati motivirane posameznike
2 Ponovno opredeliti vlogo zdravnikov, ki vključuje skrb za prehrano	<ul style="list-style-type: none"> • Povečati vloge dietetikov • Vključiti vodilne zdravnike in sestre • Vključiti prehrano v interdisciplinarni pristop obravnave bolnika; omogočiti timsko delo npr. z dnevnimi sestanki
3 Poiskati VSE podhranjene bolnike in tiste s tveganjem za podhranjenost	<ul style="list-style-type: none"> • Zavedati se odgovornosti za prepoznavo podhranjenosti • Uporabiti ustrezno orodje za prehransko presejanje in kriterije za oceno/diagnozo podhranjenosti • Kriterije za prepoznavo podhranjenosti vključiti v dokumentacijo
4 Prehranske ukrepe izvajati hitro in jih stalno spremljati/vrednotiti	<ul style="list-style-type: none"> • Zagotovljati pogoje, da se prehransko ukrepanje prične v 24 urah po presejanju na prehransko ogroženost • Prehrano naročiti takoj po presejanju prehranske ogroženosti • Spremljati vnos zaužite hrane in oralnih prehranskih dodatkov
5 Prehranski načrt posredovati vsem vključenim v zdravljenje bolnika	<ul style="list-style-type: none"> • Standardizirati prehransko dokumentacijo • Omogočiti označevanje resnosti podhranjenosti (huda, zmerna, blaga), kadar je le ta prisotna; kot stanje ob pramrni diagnozi • Zagotoviti, da diskusija o obravnavi bolnika vključuje prehrano
6 Ob odpustu izdelati prehranski načrt za domače okolje in izobraziti bolnika/svojce	<ul style="list-style-type: none"> • Prehranski načrt vključiti v odpustno pismo • Izobraziti bolnika in svojce/skrbnike • Prehranski načrt in svetovanje uskladiti/sporočiti ostalim izvajalcem

Tudi BAPEN (the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition) poudarja, da je najpomembnejše povečati zavedanje o pomenu prehranske podpore na vseh področjih klinične prakse (Powell-Tuck, 2007).

1.3 Pretekli ukrepi za dvig zavesti o podhranjenosti v SB Novo mesto

Leta 2013 smo si v Splošni bolnišnici Novo mesto zastavili prednostne naloge za izboljšanje prehranske podpore in ozaveščenosti zaposlenih o podhranjenosti. Ukrepi so zajemali vse nivoje organizacije prehranske obravnave: oskrbo s hrano, dietetsko obravnavo in timsko zdravstveno obravnavo. Načrtovali smo preoblikovanje prehranskega tima v smeri vključitve več zdravnikov različnih specializacij kot tudi pogostejše vključevanje kliničnega dietetika, kliničnega farmacevta, vodje prehrabene službe in drugih zdravstvenih delavcev (npr. govorno-jezikovnega terapevta, psihologa, osebja mikrobiološkega in biokemijskega laboratorija) na oddelčnih strokovnih sestankih in vizitah. Predvideli smo preoblikovanje poziva za javno naročanje enteralne prehrane in pripadajočih sistemov za hranjenje. Načrtovali smo posodobitev programa internega izobraževanja o prehrani podpri bolnikov z večjim poudarkom na interdisciplinarnem pristopu k prehranski obravnavi in posodobitev izobraževalnih vsebin tako, da bomo vključili proces prehranske obravnave z vlogami posameznih članov njej, algoritme s potmi odločanja o prehranskih ukrepih za posamezna bolezenska stanja in prehransko podporo v paliativnem obdobju. Načrtovali smo spremembo zdravstvene dokumentacije tako, da bo iz nje jasneje vidna ocena prehranske ogroženosti bolnika, energijske in hranilne potrebe bolnika, predpisana prehranska terapija in drugi ukrepi, zabeležena diagnoza z ugotovljeno stopnjo podhranjenosti ter spremljan in vrednoten vnos hrane in tekočine. Želeli smo še povečati raznolikost ponujenih jedi, hranilno obogatiti jedi ter izboljšati proces in organizacijo dela v lastni kuhinji. Načrtovali smo tudi merljive aktivnosti, kot so: povečati število obravnav v enem letu, nadaljevati s sodelovanjem v mednarodnem projektu Nutrition day worldwide, zagotovitev in oprema stalnih prostorov za prehranska svetovanja, beleženje bolnišnične prehranske obravnave in prehranskih diagnoz v odpustna pisma in elektronsko dokumentiranje prehranskega presejanja (Sedej, Hočevar, Kosec, 2013).

2 Metode dela

Vrednotenje preteklega dela povezanega z dvigom zavesti zaposlenih o podhranjenosti nam omogočajo naslednji merljivi kazalniki:

- delež bolnikov z dietno prehrano,
- čas od hospitalizacije bolnika do prve prehranske obravnave,
- število vseh prehranskih obravnav,
- število vseh zabeleženih diagnoz podhranjenosti,
- izobraževalne aktivnosti,
- prehransko presejanje z orodjem NRS-2002.

Poleg merljivih aktivnosti smo preverili realizacijo izvedbe v 2013 zadanih prednostnih nalog.

3 Rezultati

Večina prednostnih nalog za izboljšanje prehranske podpore in ozaveščenosti zaposlenih o podhranjenosti zastavljenih v letu 2013 ostaja neizvedenih. Ugotavljamo, da so od 14 načrtovanih tri izvedene v celoti, osem deloma, tri pa so ostale neizvedene. Aktivnosti, ki jih je možno meriti, pa kažejo, da smo delovali v pravo smer.

3.1 Delež bolnikov z dietno prehrano

Iz tabele 2 je razvidno, da ostaja delež bolnikov z dieto ostaja visok (62 %) in je dvakrat višji kot v Grazu.

Tabela 2: Povprečni dnevni delež bolnikov z dietno prehrano

	Leto	Dnevno število obrokov – letno povprečje	Bolniki z dieto (%)		Bolniki s popolno <i>enteralno</i> prehrano (%)
SB Nm	2013	317	62	Približno 15 % diabetes dieto	1,7
	2014	336	61		1,4
	2015	325	62		2,1
	2016	330	61 – 21 % diabetes	1,7	
Graz	2013	/	35		/

3.2 Število vseh obravnjav in število dni od hospitalizacije do prve prehranske obravnave

Iz tabele 3 je razvidno, da skupno število prehranskih obravnjav ostaja približno enako, kar bi lahko nakazovalo, da smo z razpoložljivim kadrom dosegli plato. V treh letih smo podvojili število konziliarnih hospitalnih obravnjav dietetika. Tudi v zadnjem letu je še zaznana rast za 8 %. Pričeli smo z elektronskim beleženjem prehranskega presejanja in prepолоvili čas od sprejema do prve prehranske obravnave. Ti podatki lahko nakazujejo na povečanje zavesti o podhranjenosti med zaposlenimi.

Tabela 3: Število ambulantnih in konziliarnih prehranskih obravnjav

Leto	Konziliarne obravnave na hospitalu	Št. dni od sprejema v bolnišnico do prve prehranske obravnave	Št. obravnjav v Ambulanti za klinično prehrano; zunanja napotitev
2013	68	/	167
2014	111	21	189
2015	125	11,4	179
2016	135 + 128 (prehransko presejanje)	11,7	125

3.3 Število vseh zabeleženih diagnoz podhranjenosti

Iz predstavljenih podatkov (tabela 4) je razvidno, da se je število zabeleženih diagnoz, ki nakazujejo podhranjenost, v štirih letih podvojilo. Slednje velja tako za ambulantne kot tudi hospitalne obravnave, kar lahko nakazuje na povečanje zavesti o podhranjenosti med zaposlenimi. To potrjuje tudi dejstvo, da izhaja več kot 2/3 (72 %) zabeleženih diagnoz podhranjenosti iz hospitalnih obravnjav. Glede na število obravnjav in

število zabeleženih diagnoz podhranjenosti v Ambulanti za klinično prehrano lahko povzamemo, da je bilo 87 % vseh obravnavanih bolnikov podhranjenih.

Prav tako lahko omenimo, da je vse pogostejše beleženje prehranske obravnave v odpustno pismo in predpis recepta za oralni prehranski dodatek (OPD).

Ležalna doba podhranjenih bolnikov se je v letu 2015 skrajšala za približno tretjino, vendar je vseeno dvakrat daljša (10 dni) kot znaša povprečna ležalna doba v SB Nm (5,3 dni). Po podatkih iz literature je hospitalizacija podhranjenih bolnikov v primerjavi z dobro prehranjenimi bolniki daljša za 2,4 - 7,2 dni (oziroma za 40-70 %) (Norman, Pichard, Lochs in Pirlich, 2008). Iz slednjega bi lahko sklepali, da je lahko tudi podhranjenost dejavnih, ki v naši bolnišnici vpliva na daljšo ležalno dobo, zato bo potrebno podhranjenosti v bodoče nameniti večjo pozornost.

Tabela 4: Primerjava zabeležene podhranjenosti med leti 2011 in 2015

		Ambulanta		Hospital					
		2011	2015	2011			2015		
Šifra	Diagnoza	n	n	n	Ležalna doba (dni)	Št. umrlih	n	Ležalna doba (dni)	Št. umrlih
R64	Kaheksija (shiranost)	30	66	84	13	44	144	10	43
C80	R a k a s t a kaheksija	42	90	37	15	23	72	10	27

Obravnave podhranjenih bolnikov so bile v Ambulanti za klinično prehrano označene tudi pod diagnozami: E441 - Blaga beljakovinska nedohranjenost, E669 - Debelost, neopredeljena, E66 – Debelost, E660 - Debelost zaradi presežka kalorij, E440 - Zmer-na beljakovinska in energijska nedohranjenost, Z713 - Dietno svetovanje in nadzor, E43 - Neopredeljena izrazita in R634 - Nenormalna izguba telesne teže beljakovinska nedohranjenost. Teh v analizi nismo upoštevali. Podatki pa nakazujejo, da bomo morali biti bolj dosledni pri beleženju prehranskih diagnoz.

3.4 Izobraževalne aktivnosti

Izvedli smo raznolike izobraževalne aktivnosti za vzpostavitev pozitivnega odnosa do prehrane v bolnišnici. Prehranski svetovalec se je vsako leto redno z različnimi temi udeleževal jutranjih zdravniških raportov. V 2014 s temo »Aktualno na področju prehranske podpore v SB NM« na kirurgiji, v 2015 s temo »Prehranska obravnava pri disfagiji« na nevrološkem oddelku in v 2016 s temo »Predpisovanje enteralne prehrane na recept« na internih oddelkih.

Od leta 2010 do 2015 smo se vsako leto udeležili enodnevne presečne raziskave Nutrition day worldwide. Od tega je devet oddelkov za svoje sodelovanje prejelo certifikat.

Znotraj bolnišnične dokumentacije se je prenovilo enajstih dietnih navodil.

V treh letih se je javno publiciranje o strokovnih prehranskih novostih v bolnišnici povečalo za štirikrat. V 2013 in 2014 smo s predavanji in pisnimi prispevki na strokovnih in znanstvenih srečanjih sodelovali po dvakrat, v letu 2014 štirikrat in v letu 2016 osemkrat.

3.5 Ocena prehranske ogroženosti z orodjem NRS-2002

V letih 2011 in 2016 smo opravili prehransko presejanje na sedmih bolnišničnih oddelkih (tabela 4). Pri tem smo želeli identificirati bolnike s prehranskim tveganjem, kar vključuje bolnike, pri katerih obstaja tveganje za razvoj podhranjenosti in bolnike, pri katerih je nezadostna prehranjenost že prisotna (vrednost NRS ≥ 3). Uporabili smo prehransko orodje NRS-2002 (Nutritional Risk Screening 2002), ki se priporoča za presejanje prehranske ogroženosti v bolnišnicah.

Tabela 5: Delež prehransko ogroženih bolnikov v Splošni bolnišnici Novo mesto

NRS-2002	SB NM		Evropa (Sorensen, 2008)
	2011	2016	2008
Delež bolnikov s prehranskim tveganjem (%)	41,1 %	43,3 %	32,6 %

Izmerjen delež bolnikov s tveganjem za podhranjenost se v zadnjih štirih letih ni spremenil (povprečno 42 %), kar kaže na potrebo po intenzivnejši obravnavi podhranjenosti tudi na primarni ravni in v domačem okolju. Glede na pridobljene podatke lahko ocenimo, da bi približno 150 bolnikov na teden potrebovalo prehransko obravnavo, 53 % teh ima vrednost NRS 4 ali več, kar predstavlja hujše tveganje za prehransko ogroženost.

Večina prednostnih nalog za izboljšanje prehranske podpore in ozaveščenosti zaposlenih o podhranjenosti zastavljenih v letu 2013 ostaja neizvedenih. Ugotavljamo, da so od 14 načrtovanih tri izvedene v celoti, osem deloma, tri pa so ostale neizvedene.

4 Zaključek

V Splošni bolnišnici Novo mesto smo izvedli manjše ukrepe za povečanje ozaveščenosti zaposlenih o podhranjenosti, ki so nam jih dane okoliščine omogočale. V zadnjih štirih letih se je tako med ambulantnimi kot hospitalnimi obravnavami podvojilo število zabeleženih diagnoz, ki nakazujejo podhranjenost in kaheksijo, povečali smo število konziliarnih hospitalnih obravnav dietetika in prepolovili čas od sprejema do prve prehranske obravnave na oddelku. To so merljivi kazalniki, ki nakazujejo na povečanje ozaveščenosti o podhranjenosti med zaposlenimi. Napredek je počasen in odstira nove, sistemske omejitve. Za dodatno povečanje ozaveščenosti zaposlenih o podhranjenosti in posledično ukrepanje za zmanjšanje njenih negativnih učinkov bi bila potrebna aktivnejša vključitev klinične prehrane v klinično delo. Za to pa so potrebne tudi sistemske rešitve kot so: novi programi na področju klinične prehrane, zaposlovanje specializiranih kadrov, kadrovske normativi in financiranje prehranskih obravnav, ipd. Dvig zavesti o podhranjenosti in vzpostavitev pozitivnega odnosa do prehrane v instituciji je prvi uspešen korak, ki pa ni dovolj za zmanjšanje bolnišnične podhranjenosti, odpravo zapletov in doseganje boljših izidov zdravljenja.

LITERATURA

1. Beck, A. M., Balknas, U. N., Camilo, M. E., Furst, P., Gentile, M. G., Hasunen, K. idr. (2002). Practises in relation to nutritional care and support-report from the Council on Europe. *Clinical nutrition*, 21, 351–354.
2. Elia, M. and Russell, C. A. (2008). Combating malnutrition: recommendations for action. Report from the advisory group on malnutrition, BAPEN. Pridobljeno 16. 11. 2016, s http://www.bapen.org.uk/pdfs/reports/advisory_group_report.pdf
3. Elia, M., Normand, C., Norman, K. and Laviano, A. (2016). A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard ONS in the hospital setting. *Clinical nutrition*, 35 (2), 370–380.
4. Guest, J. F., Panca, M., Baeyens, J. P., de Man, F., Ljungvist, O., Pichard, C. idr. (2011). Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. *Clin Nutr*, 30, 422–429.
5. Jensen, G. L., Mirtallo, J., Compher, C., Dhaliwel, R., Forbes, A., Grijalba, R. F. idr. (2010). Adult starvation and disease-related malnutrition: A proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practise setting from the international consensus guideline committee. *Journal of parenteral and enteral nutrition*, 34 (2), 156–159.
6. Kok, L. in Scholte, R. (2014). SEO Economic Research: The social costs and benefits of dietetics for malnourished patients in hospitals (Raziskovalno poročilo). Amsterdam, Nizozemska.
7. Kondrup, J. and Sorensen, J. M. (2009). The magnitude of the problem of malnutrition in Europe. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser Clin Perform*, 12, 1–14.
8. Ljungqvist, O. (2009). The European fight against malnutrition. *Clin Nutr*, 1–2.
9. Norman, K., Pichard, C., Lochs, H. in Pirlich, M. (2008). Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr*, 27 (1), 5–15.
10. Philipson, T. J., Thornton Snider, J., Lakdawalla, D. N., Stryckman, B. in Goldamn, D. P. (2013). Impact of ONS on hospital outcomes. *Am J Manag Care*, 19 (2), 121–128.
11. Powell-Tuck, J. (ur.). (2007). Organisation of Food and Nutritional Support in Hospitals. BAPEN. Pridobljeno 22. 11. 2016, s <http://www.bapen.org.uk/ofnsh/OrganizationOfNutritionalSupportWithinHospitals.pdf>
12. Sedej, I., Hočevár, I. in Kosec, L. (2013). Ukrepi za izboljšanje prehranske podpore bolnikov v Splošni bolnišnici Novo mesto. V N. Rotovnik-Kozjek (ur.), 2. kongres klinične prehrane in presnovne podpore z mednarodno udeležbo, Portorož, 15.-17. november 2013 (str. 161–163). Ljubljana: Slovensko združenje za klinično prehrano,
13. Somanchi, M., Xuguang, T. in Mullin, G. E. (2011). The facilitated early enteral and dietary management effectiveness trial in hospitalized patients with malnutrition. *J Parenter Enteral Nutr*, 35 (2), 209–216.
14. Tappenden, K. A., Quatrara, B., Parkhust, M. L., Malone, A. M., Fanjiang, G. in Ziegler, T. R. (2013). Critical role of nutrition in improving quality of care: An interdisciplinary call to action to adress adult hospital malnutrition. *J Parenter Enteral Nutr*, 37 (4), 482-497.

Merjenje kulturnih kompetenc v zdravstvu - uporabnost in zanesljivost

UDK 614.2+316.7

KLJUČNE BESEDE: kulturne kompetence, zdravstvo, kakovost, pacienti

POVZETEK - V prispevku smo raziskali posamezne načine, kako se s kulturnimi kompetencami v zdravstvu spopadajo v tujini in kako vpliva izobraževanje na stopnjo kulturne kompetentnosti zdravstvenih delavcev. Opravili smo sistematični pregled literature, ki se navezuje na iskanje strategije, namenjene izboljšanju kakovosti in učinkovitosti v zdravstvu pri obravnavi drugih ras ali etničnih manjšin. Zanimali so nas načini merjenja nivoja kulturnih kompetenc v zdravstvu in ključne ugotovitve nekaterih raziskav. V pregled so bili vključeni številni znanstveni članki, nekaj smo jih vključili v poglobljeno analizo. Številne študije, opisane v člankih, so pokazale, da je izobraževanje zdravstvenih delavcev izjemno pomembno za njihovo pridobivanje in razumevanje kulturnih kompetenc. Ravno tako je bilo ugotovljeno, da je zdravstvena obravnava s strani kulturno kompetentnega osebja kakovostnejša in prijaznejša do uporabnikov. Pacient je vedno v središču, ne glede na njegovo kulturno, etnično ali religiozno ozadje. Kljub analizi številnih tujih študij ni bilo možno ugotoviti, kateri način izobraževanja zdravstvenih delavcev bi bil najprimernejši kot model za pridobivanje kulturnih kompetenc, zato predlagamo izvedbo poglobljene študije v slovenskem prostoru.

UDC 614.2+316.7

KEY WORDS: cultural competencies, health care, quality, patients

ABSTRACT - This paper investigates ways of how cultural competences in health care are faced abroad and how education influences the level of cultural competence of healthcare professionals. A systematic review of the literature, linked to the quest for the strategies to improve the quality and efficiency of health care when caring for other races or ethnic minorities, was conducted. We were interested in ways of measuring the level of cultural competencies in health care and the key findings of the selected studies. The review included a number of scientific papers, some were included in an in-depth analysis. Numerous studies showed the importance of the education of health professionals for acquisition and understanding of cultural competencies. It was also found that the care received by the culturally competent staff is of better quality and is more user-friendly. The patient is always at the centre of the care, regardless of its cultural, ethnic or religious background. Despite the numerous foreign studies obtained and analysed, it was not possible to identify which type of training for healthcare workers would be most appropriate as a model for the acquisition of cultural competencies, therefore authors propose an in-depth study in the Slovenian area.

1 Teoretična izhodišča

Nedavno soočenje z množičnimi migracijskimi tokovi, je zdravstvene delavce spodbudilo k razmišljanju o kulturni kompetentnosti. Donedavno so se v delovnih okoljih soočali le z občasnimi obiski pacientov z drugih kultur, kateri so več ali manj že bili v različnih fazah integracijskega postopka. Tako rekoč čez noč se je zdravstveni sistem soočil s prihodom velikega števila pacientov z drugih kultur, kateri niso razumeli slovenskega jezika in niso poznali naših običajev. Kljub razmeroma solidni kadrovski in tehnični dopoljenosti, so se zdravstveni delavci pogosto soočali s težavami sporazumevanja in z nepoznavanjem običajev ostalih kultur, kar so potrdili tudi udeleženci z zaključki okrogle mize znanstvenega posveta na temo migracij, ki

je bil organiziran v letu 2015 na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani. Razvoj zdravstvene dejavnosti se vztrajno usmerja tudi na področje kulturne kompetentnosti zaposlenih. Vodstva slovenskih bolnišnic so pristopila k pridobivanju mednarodnih akreditacij, ki so usmerjena tudi k spoštovanju multikulturalnosti pacientov. Koliko pa je kdo od zdravstvenih delavcev resnično kulturno kompetenten je tem trenutku težje ugotoviti, kaj šele izmeriti.

Delovna skupina Ministrstva za zdravje Slovenije (MZ) je v dokumentu »Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010-2015« opredelila pomembnost spodbujanja zaposlenih v zdravstvu k timskeemu delu in k pomembnosti pristnejšega povezovanja zaposlenih s pacienti. Za vzpostavitev dobrega sistema kakovosti in varnosti so ključni tako zaposleni kot vodstva. Priporočljiva so multidisciplinarna znanja zaposlenih v zdravstvu, da bi se lahko vzpostavila učinkovita in strokovna obravnava pacientov (Kiauta, Poldrugovac, Rems, Robida in Simčič, 2010).

Kot definicija je kompetenca zapisana v Slovarju knjižnega jezika (1994), ki jo definira kot pristojnost, pooblastilo, navadno določeno z zakonom.

Deklaracija o Človekovih pravicah v zvezi z biomedicino (2009), zavezuje vse države podpisnice k spoštovanju enakosti in dostojanstva oseb.

Avtor Hvalič Touzery (2015), povzema ugotovitve ameriške raziskave med hospitaliziranimi bolniki, ki so pokazali, da so nekateri pacienti občutili slabšo zdravstveno obravnavo v zvezi z rasno ali manjšinsko pripadnostjo.

Kot zelo pomemben dejavnik, za vzpostavljanje kulturne kompetentnosti, poudarjata avtorja Loredan in Prosen (2013) interakcijo s pripadniki drugih kultur. Kot kulturno kompetenten zdravstveni sistem se lahko opredeli le takrat, ko se zmanjšajo jezikovne ovire in se zagotovi spoštovanje ter razumevanje drugih kultur.

Ob interakcijah pa lahko prihaja do jezikovnih ovir in posledično do nehotno slabše kakovosti zdravstvenih storitev. Ob iskanju ustreznih prevajalcev je potrebno poznati prednosti in možne slabosti prevajanja. Avtorica izpostavi problem zagotavljanja intimnosti in dostojanstva, če na primer prevaja nekdo od otrok ali od znancev pacienta. Kot posebno skupino izpostavi ženske. Priporoča, da se v primerih, ko ni na voljo uradni tolmač, omogoči pacientom samostojno izbiro oseb za prevajanje, ki jim zaupajo (Haliti, 2016).

Za kakovostno delo zdravstvenih delavcev je ključnega pomena, da so sposobni prepoznati in premoščati kulturne razlike z uporabo določenih veščin. Kot predpogoj za ustrezen pristop je dobro poznavanje lastne kulture in njen vpliv na lastno dožemanje sveta in presojo. Pomembno pa je poznati tudi bistvene različnosti drugih kultur. Kljub dobremu poznavanju drugih kultur, so lahko ravnanja posameznikov pod vplivom določenih okoliščin drugačna od zelenih. Avtorica poudarja, da je potrebno pod pojmom kulturne razlike upoštevati tudi kulturne in jezikovne razlike znotraj Slovenije. Kar 38 slovenskih narečij je možno zaznati in še mnogo ostalih običajev in veroizpovedi ter prepričanij. Avtorica omenja subkulturo poklicnih skupin, med ostalimi tudi zdravstvenih delavcev. Njihova izobrazba, usposabljanja, načini dela, poklicna identiteta

ter ostali dejavniki, največkrat niso primerljivi s kulturnimi značilnostmi uporabnikov zdravstvenih storitev (Keršič-Svetel, 2016).

Za ustrezen pristop k osebam z drugih kultur je pomembno poznavanje lastnih vrednot, stališč, prepričanj, stereotipov in predsodkov, ki so plod vpliva lastne kulture in odnos posameznike do le te, kar je zelo pomembno za ustrezno komunikacijo s pripadniki drugih kultur. Ob spoznavanju drugih kultur je pomembno zavedanje, da kultura vpliva na dojemanje in ravnanje ljudi. Napačno je posploševati, da so ravnanja oseb s posameznih kultur predvidljiva in enoumna. Slednja prepričanja lahko bistveno ovirajo vzpostavitev kakovostnega medkulturnega sporazumevanja (Karwacka-Vogele, 2012).

Zelo pomembno pri pridobivanju kompetenc je izobraževanje. Slovenija se med evropskimi državami še vedno uvršča dokaj visoko glede na kazalce izobraženosti v EU (Eurostat, 2016).

Halbwachs (2014) meni, da je področje kulturnih kompetenc v Sloveniji neraziskano področje in svetuje izvedbe raziskav za dvig splošne kakovosti zdravstvenih storitev.

Ob pregledu obsežne literature smo ugotovili, da posamezni raziskovalci razvijajo določene metode in instrumente za merjenje kulturnih kompetenc. V tem članku jih bomo predstavili le nekaj in jih med sabo primerjali glede uporabnosti.

2 Metode dela

Opravljen je bil sistematični pregled literature z iskanjem strategije namenjene izboljšanju kakovosti in učinkovitosti v zdravstvu pri obravnavi drugih ras ali etničnih manjšin. Pregled literature je bil tako ročen, kot računalniško podprt. Uporabljene so bile metode pregleda literature kot so identifikacija, izbor ustreznih člankov, abstrakcija podatkov, ocenjevanje kakovosti in sinteza rezultatov. Pregledane so bile številne elektronske knjižnične baze, kot so:

1. MEDLINE PubMed,
2. Cochrane CENTRAL Register of Controlled Trials,
3. EMBASE,
4. Effective Practice and Organization of Care Cochrane Review Group (EPOC),
5. Research and Development Resource Base in Continuing Medical Education (RDRB/CME),
6. Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)
7. Medical Subject Headings (MeSH).

Dodatno je bil razdelan protokol selekcije člankov:

- potrditev upravičenosti do popolnega pregleda članka,
- ocena značilnosti študije,
- izvleček ustreznih podatkov, ki zadoščajo raziskovalnemu vprašanju.

3 Namen in cilj

Namen raziskovalnega dela je predstaviti in primerjati uporabnost nekaterih inštrumentov za merjenje kulturnih kompetenc v zdravstvu. Ob tem so nas zanimali vidiki razvoja posameznih modelov in razvoj posameznih merskih instrumentov ter vpliv izobraževanja na dvig kulturnih kompetenc. Cilj raziskave je, da na podlagi poglobljenega pregleda literature odgovorimo na raziskovalno vprašanje glede uporabnosti merjenja kulturnih kompetenc v slovenskem zdravstvu in vpliva izobraževanja na dvig kulturnih kompetenc.

4 Rezultati

V preučevani literaturi so zaznana različna videnja in pristopi avtorjev k raziskovanju. Nekateri avtorji so prikazovali stanja s pomočjo validiranih merskih inštrumentov, drugi so pripravili lastni merski inštrument in ga validirali na izbranem vzorcu, nekateri pa so razvijali lastne modele zdravstvene oskrbe, oziroma so predstavili sintezo že opravljenih analiz.

V iskanju ustreznega odgovora na raziskovalno vprašanje je bilo potrebno najprej poiskati bistvene značilnosti in ugotovitve raziskav. Kot primer izpostavimo dva članka z različnima pristopoma k raziskovanju (tabela 1).

Tabela 1: Pregled literature glede na namen in ugotovitve po avtorjih

<i>Avtor</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Namen</i>	<i>Ugotovitve</i>
Beach in drugi (2005)	Analiza in pregled literature	Iskanje strategije za izboljšanje kakovosti in učinkovitosti v zdravstvu pri obravnavi drugih ras ali etničnih manjšin	Izobraževanje predstavlja strategijo za izboljšanje znanja in spretnosti zdravstvenih delavcev ter odnosa do pacientov. Priporoča se integracija kulturnih kompetenc v učni načrt zdravstvenih delavcev.
Casillas in drugi (2014)	Posnetek stanja, anketiranje	Primerjava medkulturne usposobljenosti med zdravniki in med sestrami	Usposobljenost med. sester je nižja kot pri zdravnikih zaradi omejevanja izobraževanja.

Pri raziskovanju kulturnih kompetenc so bili uporabljeni različni modeli. Avtorji so podrobno obrazložili posamezne gradnike modelov ter uporabnost le teh, bodisi pri nadaljnjem raziskovanju kot pri delu s pacienti izhajajočih iz drugih kultur (tabela 2).

Avtorji so raziskovali in razvijali posamezne merske inštrumente za merjenje kulturnih kompetenc. Razvoj merskih inštrumentov je potekal v več fazah. Merski inštrumenti so bili validirani s psihometričnimi testi zanesljivosti. Merjenje kulturne kompetentnosti in razvoj ustreznih merskih inštrumentov je zahteven in dolgotrajen proces. Merski inštrument je potrebno pred javno uporabo v znanstvene namene teme-

ljito preizkusiti, rezultate podrobno analizirati in na tej osnovi odpraviti vse pomanjkljivosti, da bi bil inštrument lahko znanstveno preverljiv (tabela 3).

Tabela 2: Prikaz posameznih modelov in njihovih značilnosti ter uporabnost.

<i>Avtor</i>	<i>Model</i>	<i>Značilnosti</i>	<i>Uporabnost</i>
Campinha-Bacote (2002)	Campinha-Bacote	Kulturne kompetence so razvijajoči se proces, v katerem ponudnik zdravstvenih storitev nenehno stremi k doseganju učinkovitega delovanja ob delu s pacienti z drugih kultur.	Poznavanje posameznih gradnikov in njihova medsebojna odvisnost ter celovitost lahko poveča učinkovitost zdravstvenega sistema.
Saint -Arnault (2009)	Cultural Determinants of Help Seeking (CDHS).	Model CDHS ponazori razloge in gradnike modele ter upravičuje razloge za vključitev etnografskih, epidemioloških vidikov ter kliničnih metod pri raziskovanju.	Razumevanje interakcij gradnikov modela lahko pomaga raziskovalcem in izvajalcem zdravstvenih storitev.

Tabela 3: Pregled merskih inštrumentov po avtorjih, namenu ter testih zanesljivosti.

<i>Avtor</i>	<i>Merski inštrument</i>	<i>Namen</i>	<i>Zanesljivost</i>
Tulman in Watts (2008)	Blueprint for Integration of Cultural Competence in the Curriculum Questionnaire - BICCCQ	Za pridobitev podrobnejšega vpogleda v pridobljeno študijsko znanje študentov medicine s področja kulturnih kompetenc	Testiranje zanesljivosti je bilo ugodno, ker je merski inštrument nadgradnja že podobnega testiranega inštrumenta. Vrednost CVI je bila od 0,60 do 1,00, VCI celotne skale pa je bila 0,96.
Chae in Lee (2014)	Cultural Competence Scale for Nurses-CCSN	Razvoj in testiranje psihometričnega testa, ki naj bi predstavljal Korejsko različico merskega inštrumenta	Testiranje zanesljivosti je bilo izvedeno z izračunom opisne statistike in z neodvisnimi vzorci. Uporabljena je bila linearna koleracija in t-test ter faktorska analiza glavnih komponent z rotacijo Varimax.
Perng in Watson (2012)	Nurse Cultural Competence Scale - NCCS	Predstaviti razvoj merskega inštrumenta z uporabo Mokken-ove lestvice	Uporabili so Loevingerjev koeficient (H), MMH (montone homogeneity) in DMM (double monotonicity). V programu MSP so uporabili proceduro. Izračunali so povprečno vrednost, standardni odklon ter koeficienta asimetrije in sploščenosti. Postavke, ki so jih dobili z uporabo programa MSP so nato uvozili v R, kjer so analizirali postavke, ki so bile ohranjene v Mokken lestvici za IIO (invariant item ordering).

4.1 Omejitve

Pri pregledovanju člankov smo naleteli na nekatere omejitve. Avtorji so pri raziskavah uporabili različne merske inštrumente/vprašalnike. Ker so bile raziskave izpeljane v različnih državah in na različnih populacijah, se razlikujejo kulturni konteksti. Članki problematiko obravnavajo iz različnih zornih kotov, kot na primer z vidika širokega pregleda teorije, tako kot do podrobnega pregleda posamezne specifike določenega geografskega področja.

5 Razprava

Vse preučevane raziskave se večinoma nanašajo na tri grobo ločene segmente kot so izobraževanje, segment zaposlovalcev in segment pacientov.

Pri segmentu izobraževanja, je raziskovalce zanimalo ali učni načrti vsebujejo zadostna znanja vezana na kulturne kompetence zdravstvenih delavcev in zdravnikov. Čeprav učni načrti vsebujejo posamezne kompetence ni bilo jasno ali so te dejansko tudi osvojene s strani študentov in bodočih zdravstvenih delavcev. Sledi segment zaposlovalcev in sicer ali namenjajo dovolj sredstev za izobraževanje zaposlenih, kot tudi ali se delajo razlike med zaposlenimi in morda nimajo vsi enakega dostopa do virov informacij, ipd. Zadnji segment so uporabniki zdravstvenih storitev, tj. pacienti. Kulturna raznolikost je že dlje časa samoumevna v razvitejših področjih, zato zdravstvenih delavcev mešana etnična in kulturna struktura pacientov več ne preseneča. V takih družbah je razumevanje za razlike in raznolikost kultur bistveno večja. Države in družbe, katere so bile za migrante manj zanimive, so bolj zaprte in etnično homogene. Lahko zaključimo, da so njihovi zdravstveni delavci manj večji ustrezne obravnave pacientov z drugih kultur.

K enakopravni obravnavi pacientov, zdravstvene delavce zavezuje Zakon o pacientovih pravicah ter poklicno etični kodeksi (Zakon o pacientovih pravic, 2008).

Poleg splošnega izobraževanja o vsebinah kulturnih kompetenc je pomemben razvoj veščin komuniciranja in poznavanje modelov komunikacije. Bolj kot bomo spoznali samega sebe in vplive naše kulture na nas, bolj bomo sposobni dojemanja drugih kultur in ustreznega komuniciranja. Izogibati se moramo komunikaciji v medicinskem žargonu, pacientom je potrebno podati njim razumljiva navodila, paziti je potrebno na ustrezen očesni stik glede na pacientove kulturne običaje. Vendar ni vse v ustreznem komuniciranju. Zdravstveni delavci se poklicno soočajo z neizogibnimi terapevtski dotiki, odvzemi bioloških vzorcev, z razgaljanjem delov teles ter ostalim, kar je v naši kulturi običajno in samoumevno (Keršič-Svetel, 2016).

Avtorji (Beach idr., 2005) so skladno s pričakovanji potrdili, da izobraževanje vpliva na izboljšane kulturne kompetence in znanje zdravstvenih delavcev v zdravstvu, čeprav je še vedno zaznati diskriminatoren odnos do nekaterih pacientov. Menijo, da izobraževanje strokovnih delavcev v zdravstvu predstavlja strategijo za izboljšanje njihovega znanja, odnosa in spretnosti do pacientov. Kot najboljši način izobraževa-

nja zdravstvenih delavcev se priporoča integracija kulturnih kompetenc v učni načrt zdravnikov in ostalega zdravstvenega osebja. Izpostavili pa so težave s financiranjem izobraževanj s področja kulturnih kompetenc.

Navkljub dejstvu, da je njihova raziskava zajela zgledno število raziskav s področja kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev, avtorjem ni uspelo ugotoviti, kateri način izobraževanja se najbolj obnese in predstavlja najboljši doprinos pri izobraževanju osebja.

Da je izobraževanje zdravstvenih delavcev zelo pomembno so potrdili v raziskavi tudi avtorji (Casillas idr., 2014). Na podlagi ugotovitev v raziskavi zaključujejo, da obstaja še veliko prostora za izboljšave pri pridobivanju kulturnih kompetenc, kajti rezultati potrjujejo potrebo po pridobivanju medkulturnih spretnosti z izobraževanjem zaposlenih. Ugotovljeno je bilo, da so medicinske sestre manj kulturno kompetentne kot zdravniki. Kot glavni vzrok navajajo zgodovinsko neenakost v primerjavi s poklicno skupino zdravnikov, ki imajo boljši dostop do izobraževanj in se za njihove potrebe namenja več finančnih sredstev.

Skrb za kulturno raznovrstne paciente je pogosto zanemarjena tema pri izobraževanju in praktičnem delu zdravstvenega osebja, kar je pokazala raziskava v Južni Koreji. Multikulturalnost vse bolj postaja globalni fenomen, pri čemer pridobivajo na pomembnosti kulturne kompetence zdravstvenih delavcev (Chae in Lee, 2013).

Teoretični model (Campinha-Bacote, 2002), pritrjuje nekaterim dognanjem avtorjev predhodnih člankov, da je zelo pomembna usposobljenost in izobraženost zdravstvenih delavcev. Model je sestavljen iz 5 gradnikov: kulturna zavest, kulturno znanje, kulturne spretnosti, kulturna srečanja in želja po spoznavanju drugih kultur.

Iz preučevanega modela CDHS (tabela2) izhaja, da simptomi, ki upravičujejo iskalcem pomoči dostop od zdravstvenih strokovnjakov, niso pri vseh kulturah razumljeni in sprejeti na enak način. Narava kulturne raznolikosti zahteva multidisciplinarne in mešane metode raziskovalnih strategij. Le s sodelovanjem vseh disciplin lahko uspešno ustvariti sinteze teorije, ki lahko vodijo prakso. Medtem ko je kultura pojav na ravni sistema, lahko v trenutku postane del posameznikove kognicije in je kot sistem sprejet le znotraj majhnih skupin in na posameznih ravneh (Saint - Arnault, 2009).

Tulman in Watts (2008), sta pri razvoju merskega inštrumenta temeljila na TACCT (Tool for Assessing Cultural Competence Training) lestvici z 67 trditvami, ki je merila 5 faktorjev v povezavi z izobraževanjem: znanje, odnos, spretnosti. Zaradi preobsežne dolžine lestvice so razvili lestvico BICCCQ, ki pokriva tri domene: znanje, spretnosti in odnos. BICCCQ je namenjen terenski raziskavi med študenti medicinskih smeri. Študenti svoje odgovore podajo na 3 stopenjski Likertovi lestvici (0 – nikoli, 1 – včasih, 2 – kar pogosto) glede na dejstvo ali je posamezna kompetenca vključena v učni načrt. V vzorec so raziskovalci zajeli 219 študentov dodiplomskega in podiplomskega študija zdravstvene nege. Veljavnost vsebine (CVI – content validity index) za vsako postavko je predstavljala delež strokovnjakov, ki so postavko ocenili z ocenama 3 ali 4. Kot veljavne so bile upoštewane postavke, ki so imele CVI večji od 0,8. Na podlagi predlogov strokovnjakov je bilo izbrisanih 13 postavk, 6 pa dodanih. Dva tedna kasne-

je je 10 strokovnjakov (poleg strokovnjakov iz prve stopnje še štirje doktorski študenti z izkušnjami kulturnih kompetenc ali zavedanja) ocenilo drugo verzijo osnutka, ki je vsebovala 76 postavk. Vrednost CVI je bila od 0,60 do 1,00, VCI celotne skale pa je bila 0,96. Postavka s CVI 0,60 je bila izločena, ena postavka pa je bila razdeljena v dve, zaradi vključenih dveh pomenov. Postavke so bile pregledane tudi iz strani strokovnjakov za korejski jezik in literaturo. Sledilo je preoblikovanje 40 postavk, ki bi bile lahko napačno razumljene. Med 76 postavkami se jih je 16 navezovalo na zavedanje, 15 na znanje, 22 na občutljivost, 23 pa na izkušnje.

Razvoj drugega merskega instrumenta CCSN (Chae in Lee, 2014) je potekal v več fazah. Postavke so bile pridobljene iz treh virov – pregleda literature, upoštevanjem postavk iz obstoječih lestvic in poglobljenih intervjujev s 16 medicinskimi sestrami, ki imajo izkušnje s skrbjo za tuje paciente. Pridobili so 186 postavk. Nato so raziskovalec in štirje podiplomski oz. doktorski študenti zdravstvene nege prebrali postavke in izločili odvečne. Dobili so vprašalnik s 83 postavkami, ki je meril štiri področja kulture: zavest (20 postavk), znanje (14 postavk), občutljivost (24 postavk) in izkušnje (25 postavk). Sledilo je testiranje veljavnosti, pregled strokovnjakov, tudi s strani prevajalcev. V končni fazi je merski instrument sestavljalo 76 postavk – 16 za zavedanje, 15 za znanje, 22 za občutljivost in 23 za izkušnje. V članku so izračunali opisne statistike, linearno korelacijo in t-test za neodvisna vzorca. Uporabili so faktorsko analizo in sicer glavne komponente z rotacijo Varimax. Za preverjanje povezanosti med konstrukti pridobljenimi s pomočjo faktorske analize so uporabili Pearsonov korelacijski koeficient. Korelacija med dobljenimi konstrukti je sledeča:

- kulturna občutljivost in poznavanje kulture ($r = 0,46$),
- kulturna občutljivost in kulturne kompetence ($r = 0,64$),
- poznavanje kulture in kulturne kompetence ($r = 0,57$),
- koncept zavedanja kulture je imel nizko korelacijo z vsemi dejavniki (r med 0,16 in 0,30).

Skupna zanesljivost instrumenta je bila visoka ($\alpha = 0,932$) – najvišja za občutljivost ($\alpha = 0,921$) in najnižja za izkušnje ($\alpha = 0,879$).

Avtorja Perng in Watson (2012), sta razvijala merski inštrument NCCS na podlagi Mokken-ove lestvice (Mokken, 1971). Uporabljena je bila pet stopenjska Likertova lestvica. Skupni seštevek 41 postavk je lahko zajel vrednosti od 0 do 205. Zanesljivost vseh štirih skal je bila visoka, Cronbach α je bil med 0,78 in 0,96. Za analizo je bilo uporabljeno Mokken-ovo točkovanje. K raziskavi so povabili 172 študentk zdravstvene nege, ki so že na delovnem mestu. Raziskava je potekala na Tajvanu, stopnja odgovora je bila 97 % ($N = 169$). V vzorcu so bile le ženske. Povprečna starost je bila 33,32 let (s.o. = 5,50). Njihov povprečen čas dela kot medicinskih sester je bil 11,79 let (s.o. = 5,14).

6 Zaključek

Vsi navedeni merski instrumenti v opazovanih člankih, so bili psihometrično testirani in bi jih lahko brez težav uporabili za nadaljnje raziskovanje v Sloveniji. Uporaba preučevanih merskih instrumentov in izvedba širših raziskav v slovenskem zdravstvu, je po mojem prepričanju izjemno pomembna za dvig splošne kulturne kompetentnosti in kakovosti.

Sistematični pregled preučevanih člankov je pokazal, da večina avtorjev izpostavlja potrebo po ciljanih izobraževanjih zdravstvenih delavcev s področja kulturnih kompetenc. Posebno v državah in okoljih, ki še niso multikulturne, je pomembna umestitev kulturnih kompetenc v učne načrte. Zelo pomembno je vlaganje v izobraževanje zaposlenih v zdravstvu ne glede na pripadnost poklicni skupini. Avtorji člankov so si enotni, da ciljana izobraževanja, s področja kulturnih kompetenc, bistveno vplivajo na dvig nivoja kulturne kompetentnosti zdravstvenih delavcev.

V fazi priprav na širšo raziskovanje kulturnih kompetenc v slovenskem zdravstvu, bi bilo potrebno predhodno preučiti že izvedene raziskave v kulturno in etnično primerljivih državah. Kajti v nasprotnem bi lahko prihajalo do prevelikih razlik pri interpretaciji rezultatov zaradi različnih kulturnih kontekstov, na kar so opozorili tudi avtorji preučevanih člankov.

Odkar obstaja naš planet se dogajajo migracije prebivalstva in tako bo zagotovo še naprej. Z migracijami so tesno povezane neizbežne demografske spremembe. Aktualni izziv za zdravstvene delavce so zagotovo ustrezne kulturne kompetence, ki bodo pripomogle k dvigu kakovosti in osebnega zadovoljstva ob delu s pacienti.

LITERATURA

1. Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., Smarth, C. idr. (2005). Cultural competency: A systematic review of health care provider educational interventions. *Medical care*, 43 (4), 356.
2. Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3), 181-184.
3. Casillas, A., Paroz, S., Green, A.G., Wolff, H., Weber, O., Faucherre, F., Ninane, F. and Bodenmann, P. (2014). Cultural competency of health-care providers in a Swiss University Hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study. *BMC medical education*, 14 (1), 1.
4. Chae., H. D. and Lee, C. Y. (2014). Development and Psychometric Evaluation of the Korean Version of the Cultural Competence Scale for Clinical Nurses. Published by Elsevier, 305–312.
5. Človekove pravice v zvezi z biomedicino: Oviedska konvencija in dodatni protokoli. (2009). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
6. Eurostat (2016): Education in Europe. Pridobljeno 28. 8. 2016, s <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
7. Halbwachs, H. K. (2014). Multikulturalizem v zdravstveni negi. V A. Kvas (ur.), *Prenos informacij v zdravstveni in babiški negi* : zbornik prispevkov 15. simpozija z mednarodno udeležbo (str. 45–54), Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
8. Haliti, V. (2016). Albanska skupnost v Sloveniji. Strokovno srečanje Empatija, komunikacija in čustveni odziv v odnosu medicinska sestra in pacient, Celje 18. 3. 2016 (str. 16–20). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.

9. Hvalič Touzery, S. (2015). Migracijski tokovi-izziv za zdravstveno nego. Pridobljeno 28. 8. 2016, s <http://www.fzj.si/blog/2015/11/18/migracijski-tokovi-izziv-za-zdravstveno-nego/>.
10. Karwacka-Vogele, K. (2012). Towards indicators for intercultural understanding. V J. Huber, (2012). Intercultural competence for all-Preparation for living in a heterogeneous world. Strasbourg: Council of Europe publishing.
11. Keršič-Svetel, M. (2016). Posluh za kulturne razlike pri komunikaciji v zdravstvu. Strokovno srečanje Empatija, komunikacija in čustveni odziv v odnosu medicinska sestra in pacient, Celje 18. 3. 2016 (str. 21–35). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
12. Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A. in Simčič, B. (2010). Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010 – 2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
13. Loredan, I. in Prosen, M. (2013). Kulturne Kompetence medicinskih sester in babic. Obzornik Zdrav. Nege, 47 (1), 83–89.
14. Mokken, R. J. (1971). A theory and procedure of scale analysis: With applications in political research. Vol. 1. Walter de Gruyter.
15. Perng, S. J. and Watson, R. (2012). Construct validation of the Nurse Cultural Competence Scale: a hierarchy of abilities. *Journal of clinical nursing*, 21 (11–12), 1678–1684.
16. Saint -Arnault, D. (2009). Cultural determinants of help seeking: A model for research and practice. *Research and theory for nursing practice*, 23 (4), 259.
17. Slovar slovenskega knjižnega jezika (1994). Ljubljana: DZS.
18. Tulman, L. and Watts, J. R. (2008). Development and testing of the blueprint for integration of cultural competence in the curriculum questionnaire. *Journal of Professional Nursing*, 24 (3), 161–166.
19. Zakon o pacientovih pravicah (2008). Uradni list Republike Slovenije, št. 15.

Remodelovanje profesionalnog identiteta medicinskih sestara

UDK 614.253:331.54

KLJUČNE REČI: medicinske sestre, profesionalni identitet, refleksivna praksa, transformativno učenje

POVZETEK - Kriza temeljnih društvenih vrednosti (morala, humanosti, poštovanja ljudskog dostojanstva i integriteta) i potiskivanje poimanja i razumevanja diverziteta individue naučno-tehnološkom unifikacijom, oblikuje lični i profesionalni identitet medicinskih sestara na način koji nepobitno dovodi u pitanje dosadašnje postulate profesije - altruizam, empatiju i stručne kompetencije. Metoda rada je deskriptivno-analitička. Baveći se problemom konstituisanja profesionalnog identiteta kao aktivnog razvojnog procesa koji obuhvata prihvatanje i inkorporiranje profesionalnih vrednosti, principa i standarda; rad predstavlja kritički osvrt na potencijalne faktore koji ugrožavaju njegov razvoj rezultirajući krizom identiteta, uz istovremeno predstavljanje mogućeg rešenja za prevazilaženje ovog problema u formi refleksivne prakse i transformativnog učenja kao metoda remodelovanja negativno struktuiranog ličnog i profesionalnog identiteta medicinskih sestara. Proces kontinuiranog profesionalnog obrazovanja u društvenom kontekstu jedan je od suštinskih elemenata izgradnje profesionalnog identiteta medicinskih sestara. Nastavni kurikulumi koncipirani na osnovama refleksivne prakse i transformativnog učenja omogućavaju pozitivno modelovanje profesionalnog identiteta i razvijanje profesionalnih kompetencija.

UDC 614.253:331.54

KEY WORDS: nurses, professional identity, reflexive practice, transformative learning

ABSTRACT - The crisis of the fundamental social values (morality, humanity, respect for the human dignity and integrity) and the suppression of comprehending and understanding the individual diversity by the scientific and technological unification, forms the personal and professional identity of nurses in a way which undeniably questions modern postulates of their profession, i.e. altruism, empathy and occupational competencies. Method of the research was descriptive - analytic. Addressing the formation of the professional identity as an active and developing process, which includes acceptance and incorporation of professional values, principles and standards, the paper presents the critical review of potential factors which threaten the development of this formation resulting in the identity crisis. Also, the paper offers a potential solution for overcoming this problem in the form of reflexive practice and transformative learning as a method of remodelling the negatively constructed personal and professional identity of nurses. The process of perpetual professional education within social context represents one of the essential elements for the development of the nurses' professional identity. The curricula based on the reflexive practice and transformative learning enable the positive modelling of the professional identity and the development of professional competencies.

1 Uvod

Odbacujući ideju o savremenom društvu kao stabilnom entitetu, sestrinska profesija danas perzistira u varijabilnom okruženju koje karakteriše kriza temeljnih društvenih vrednosti (morala, humanosti, poštovanja ljudskog dostojanstva, integriteta) i u kome je poimanje i razumevanje diverziteta individue potisnuto naučno-tehnološkom unifikacijom. U ovakvoj ontološkoj stvarnosti oblikuje se lični i profesionalni identitet medicinskih sestara, nepobitno dovodeći u pitanje dosadašnje postulate profesije: altruizam, empatiju i stručne kompetencije.

2 Profesionalni identitet

Pozicioniranje ličnosti u mreži društvenih odnosa određena je osobenostima samog pojedinca, kao i pripadnošću različitim društvenim grupama. Iz tog razloga elemente identiteta svrstavamo u dve kategorije: društveni identitet, koji je izveden iz pripadnosti grupama i lični identitet proistekao iz jedinstvenih, ličnih osobina čoveka.

Profesionalni identitet se u tom kontekstu posmatra kao aspekt kolektivnog identiteta i kao odgovor na pitanje ko sam ja kao pripadnik određene profesije (Stojnov, 1999).

Kirpal ga definiše kao »bilo koji proces formiranja identiteta koji se razvija kroz interakciju između osobe i radnog konteksta, uključujući profesionalno obrazovanje i obučavanje« (Kirpal, 2006, str. 21).

Oblikovanja profesionalnog identiteta rezultat je sledećih procesa (Slay i Smith, 2011):

- socijalizacije;
- životnih i radnih iskustava;
- prilagodavanja u periodima karijernih tranzicija.

Konstituisanje profesionalnog identiteta je aktivan razvojni proces (Wald, 2015) koji obuhvata prihvatanje i inkorporiranje profesionalnih vrednosti, principa, morala, težnji, standarda, etike, posvećenosti, prepoznatljivog profesionalnog ponašanja i razvoj stručnih kompetencija (konceptualnih, tehničkih, integrativnih, kontekstualnih, adaptivnih i komunikacionih).

U tom procesu individualni i profesionalni razvoj teku paralelno i međusobno se prožimaju i uslovljavaju (Ibarra idr., 2010).

Profesionalni identitet je značajan za razumevanje načina na koji se osobe odnose prema svom poslu, kolegama i budućem profesionalnom razvoju (Brown idr., 2007, u Pavlović, 2012). On kod pojedinca razvija pripadnost profesiji i osećaj jedinstva sa ostalim članovima struke.

Medicinske sestre profesionalni identitet razvijaju kroz interakciju sa pacijentima, mentorom i kolegama u složenom socijalnom okruženju.

3 Kriza profesionalnog identiteta medicinskih sestara

Izgradnja ličnog i profesionalnog identiteta medicinskih sestara u savremenom društvu ugrožena je krizom vrednosnog sistema, alijenacijom ljudi i razvojem tržišno-tehnološkog mentaliteta. U procesu socijalne adaptacije i integracije navedeni negativni društveni konstrukti neminovno postaju deo lične i profesionalne egzistencije medicinskih sestara.

Nekadašnji pokazatelji visokog profesionalizma poput: pozitivne radne etike, pouzdanosti, objektivnosti, temeljnosti, inicijativnosti, stručnosti, preciznosti itd. u savremenom društvu nemaju zaslužen značaj. Zanimaju se neki oblici profesionalne kompetentnosti poput: kontekstualne (razumevanje širih socijalnih, ekonomskih i kul-

turnih uslova u kojima se odvija profesionalna aktivnost) i adaptivne kompetentnosti (sposobnost da se predvide važne promene u profesiji i tim promenama prilagodi).

Dokorašnje široke kompetencije medicinskih sestara, utemeljene u sveobuhvatnim obrazovnim kurikulumima, zamenjuju se uskim poljem specijalizovanog profesionalnog delovanja omogućavajući jasna razgraničenja u profesionalnim pravima i dužnostima, ali istovremeno i gubitak eklektičkog pristupa u sagledavanju i proceni potreba korisnika.

Talas legitimnog profesionalizma doneo je sestrinskoj struci viši stepen autonomnosti i mogućnost oslobađanja od submisivnog položaja u odnosu na druge zdravstvene profile. Međutim, u praksi zakonske promene nisu praćene suštinskim promenama u mentalitetu i poimanju sopstvene pozicije i značaja medicinskih sestara u sistemu zdravstvene zaštite. Subordinacija i negativni stereotipi perzistiraju i dalje kao problemima sestrinstva.

4 Remodelovanje profesionalnog identiteta medicinskih sestara

Sagledavajući savremena društvena kretanja psiholog Džordž Keli konstruisao je Teoriju ontološke akceleracije u kojoj je ukazao na neophodnost samo-transformacije savremenog čoveka u cilju lakše i brže lične i profesionalne socijalne integracije (Kelly, 2004).

Mogućnost pozitivne transformacije identiteta treba tražiti u inovativnom i kvalitetnom obrazovnom procesu koji bi omogućio razvijanje širokih kompetencija - stručnosti, analitičkog mišljenja, funkcionalne fleksibilnosti, tehničke pismenosti, komunikacionih veština, kreativnosti, inicijativnosti i sposobosti konstruktivnog rešavanja problema, a ne samo disciplinarno znanje (CEDEFOP, 2008). Profesionalno obrazovanje u tom smislu treba da vodi razvoju samosvesti, samopoštovanja i konstituisanju racionalnog i autonomnog identiteta.

Dizajniranje standardizovanih i personalizovanih edukativnih programa koji se temelje na refleksivnoj praksi i transformativnom učenju nalazi se u osnovi kvalitetno vođenog profesionalnog obrazovanja.

Refleksija - je proces koji podrazumeva pokušaje da se strukturiše ili restrukturiše iskustvo, problem, postojeće znanje ili uvidi (Korthagen, 2001, u Pavlović, 2012).

Refleksivna praksa (aktivno razmišljanje o iskustvu i njegovom smislu) predstavlja učenje iz vlastitog iskustva, kontinuirano analiziranje svoje uloge, stavova, vrednosti, postupaka i odnosa koje uspostavljamo sa drugima. Time se identifikuju lične snage i slabosti i izvode zaključci o profesionalnim znanjima i veštinama koje želimo da razvijemo.

Suštinski, refleksivna praksa podrazumeva:

- kontinuirano samoanaliziranje i samopraćenje;
- sagledavanje problema i situacije iz više perspektiva;
- traganje za elementima dobre prakse;

- otvorenost za novine;
- razmena iskustva sa kolegama;
- prilagodljivost uslovima rada;
- analiza ličnih uverenja.

U praksi se razlikuju tri tipa refleksije (Pavlović, 2012):

- Refleksija u akciji – podrazumeva analizu profesionalnih problema u trenutku njihovog dešavanja.
- Refleksija o akciji - može biti:
 - kritička - razmatranje efekata sopstvenih akcija na druge i proispitivanje opravdanosti ciljeva i aktivnosti sa aspekta etike, kulturne i socijalne prihvatljivosti;
 - dijaloška - analiza suprotstavljenih stanovišta i razmatranje alternativnih rešenja;
 - deskriptivna - analiza sopstvenog ponašanja u profesionalnoj ulozi, uz navođenje razloga za preduzete akcije. Traganje za primerom dobre prakse.
- Tehnička racionalnost - donošenje odluka o neposrednim akcijama na osnovu ličnog iskustva, teorijskih znanja i rezultata prakse.

4.1 Transformativno učenje

Transformativno učenje je proces koji dovodi do promene referentnog okvira koji podrazumeva strukturu pretpostavki pomoću kojih razumemo sopstveno iskustvo. Referentni okviri utiču na naše iskustvo, percepciju, kogniciju, osećanja i usmeravaju ponašanje. Osnovni proces koji dovodi do transformacije referentnih okvira je kritička refleksija (Mezirow, 1997, u Pavlović, 2012).

Jedno od teorijskih utemeljenja modela transformativnog učenja nalazi se u Teoriji ciklusa učenja Kolba i saradnika (1974) po kojoj se proces učenja odvija u četiri faze (Velat idr., 2008):

1. Konkretno iskustvo - planirano ili slučajno;
2. Refleksivno zapažanje - aktivno razmišljanje o iskustvu i njegovom smislu;
3. Apstraktna konceptualizacija (teoretisanje) - uopštavanje iskustva s ciljem stvaranja različitih konceptata i ideja koje mogu biti primenjene u sličnim situacijama;
4. Aktivno eksperimentisanje - testiranje koncepta ili ideje u novim situacijama. To će prouzrokovati novo konkretno iskustvo i novi ciklus. Pojedinaac od posmatrača postaje učesnik, odnosno od učesnika - objektivni analitičar.

U odnosu na klasični model učenja, transformativno učenje se razlikuju u tri domena: ulozi koju ima učesnik u obrazovnom procesu, oblasti motivacije za učenje i izboru predmeta i sadržaja učenja.

U klasičnoj nastavi učenik pasivno prima nove informacije i prati instrukcije. U procesu učenja dominira spoljašnja motivacija. Izbor predmeta i sadržaja rada kontroliše nastavnik/edukator. Odgovornost učenika za proces učenja i rezultate je mala.

Transformativni model učenja nudi ideje zasnovane na iskustvu, aktivnom učešću i odgovornosti za proces i rezultate učenja onoga koji uči. Dominira intrizična motivacija. Predmet i sadržaj učenja orijentisan je na životne i profesionalne probleme na

koje ukazuje uče(s)nik, te učenje predstavlja razmenu i nadgradnju postojećih znanja i iskustava osobe koja uči.

Za svaku fazu transformativnog učenja preporučuju se nastavni oblici i metode koje će rezultirati najpovoljnijim efektima:

- *Faza doživljaja iskustva* - grupno rešavanje problema, studije slučaja, igranje uloga, terenske posete, razvijanje veština, grupni zadaci.
- *Faza razmišljanja o iskustvu* - rad u malim grupama, prezentacije od strane učesnika, diskusija u velikoj grupi, izveštavanje malih grupa.
- *Faza uopštavanja iskustva* - sintetička diskusija u velikoj grupi, predavanja, demonstracija.
- *Faza primene (reagovanja na iskustvo)* – diskusija, akciono planiranje, terenske posete, razvijanje novih veština.

Proces transformativnog učenja omogućava da pojedinac prođe kroz sledeće faze ličnog remodelovanja (Snyder, 2008, u Pavlović, 2012):

1. inicijalna dezorijentacija;
2. samopreispitivanje;
3. kritička analiza pretpostavki;
4. svest o ličnom nezadovoljstvu;
5. eksploracija novih uloga, odnosa i akcija;
6. planiranje aktivnosti, sticanje znanja i veština za planiranu aktivnost;
7. isprobavanje novih uloga i razvoj kompetentnosti i samopouzdanja;
8. integrisanje novih životnih perspektiva.

Postupak ličnog remodelovanja rezultira:

- sticanjem stavova koji olakšavaju donošenja odluka;
- učenjem o sebi i porastom samosvesnosti;
- rastom svesnosti o prilikama i različitim opcijama;
- razvojem veština donošenja odluka;
- razvojem tranzicionih veština i veština potrebnih za primenu odluka;
- porastom sigurnosti u sopstvene odluke.

Nastavnici/edukatori imaju ulogu facilitatora u procesu transformativnog učenja (Lattke idr., 2013). Osim veština facilitacije i visokog stepena stručnosti, moraju posedovati fleksibilnost i pozitivnu motivisanost za realizaciju edukativnih programa ovog tipa.

5 Zaključak

Profesionalni identitet je razvojni fenomen čije konstitutivne činioce predstavljaju svakodnevna životna i radna iskustva individue.

Proces kontinuiranog profesionalnog obrazovanja u društvenom kontekstu jedan je od suštinskih elemenata izgradnje profesionalnog identiteta medicinskih sestara. Nastavni kurikulumi koncipirani na osnovama refleksivne prakse i transformativnog učenja omogućavaju pozitivno modelovanje profesionalnog identiteta i razvijanje konvenci-

onalnih profesionalnih kompetencija poput: stručnog znanja, komunikacionih veština, kognicije za razvoj empatije, ali i nekonvencionalnih kompetencija poput: fleksibilnosti, tolerancije na stres, rezilijentnosti, kreativnih potencijala učenika i kritičkog mišljenja.

LITERATURA

1. CEDEFOP (2008). Validation of non-formal and informal learning in Europe: A snapshot. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
2. Dagenais, F. and Meleis, A. I. (1982). Professionalism, Work Ethic, and Empathy in Nursing: The Nurse Self-Description Form. *Western Journal of Nursing Research*, 4 (4), 407–422.
3. Ibarra, H., Snoek, S. i Ramo, L. (2010). Identity-based leader development. In Nohria, N. i Khurana, R. (Eds.), *Handbook of leadership theory and practice: A Harvard Business School centennial* (pp. 657–679). Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
4. Kelly, G. (2004). Ontological acceleration. In B. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality. The selected papers of George Kelly* (pp. 7–45). New York: Wiley
5. Kirpal, S. (2006). Work identities in comparative perspective: The role of national and sectoral context variables. *European Journal of Vocational Training* 39 (3), 21–25.
6. Latke, S., Popović, K. and Weickert, J. (2013). *Curriculum globale*. Bon, Germany: DVV International, DIE.
7. Pavlović, J. (2012). *Konstrukcija identiteta u diskursu kontinuiranog profesionalnog obrazovanja (Doktorska disertacija)*. Beograd: Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu.
8. Slay, H. i Smith, D. (2011). Professional identity construction: Using narrative to understand the negotiation of professional and stigmatized cultural identities. *Human Relations* 64 (1), 85–107.
9. Stojnov, D. (1999). Identitet: polifren ili monolitan? *Psihologija* 32 (3–4), 141–156.
10. Velat, D. i Radić Dudić, R. (2008). *Aktivna obuka - priručnik za trenere/ice*. Beograd: DIAL.
11. Wald, H. (2015). Professional Identity (Trans)Formation in Medical Education. *Journal of Association of American Medical Colleges*, 90 (6), 1–6.
12. Yadav, G. (2012). Work alienation and occupational stress. *Social Science International*, 28 (2), 333–344.

Sodobni koncepti obravnave starejših oseb s posebnimi potrebami

UDK 364-5-053.9-056

KLJUČNE BESEDE: varstveno-delovni centri, starejše osebe, motnje v duševnem razvoju, spremembe, učenje, motivacija

POVZETEK - V prispevku prepoznavamo sodobne koncepte in predloge sprememb obravnave oseb z motnjo v duševnem razvoju, starih nad 50 let, ki so vključeni v organizacijsko različne varstveno-delovne centre v slovenskem prostoru, in sicer s strani vodij omenjenih ustanov. Odgovorimo na vprašanje, kakšno znanje bi potrebovale vodje varstveno-delovnih centrov pri delu z obravnavano populacijo. Predstavimo modele skrbi organiziranosti življenja za starejše uporabnike storitev varstveno-delovnih centrov z vidika družbenosistemskih rešitev, organizacijskih in metodičnih sprememb. Rezultati kvalitativne raziskave predstavijo sodobne metode in oblike dela za starejše osebe z motnjo v duševnem razvoju, kjer se kot ključni dejavnik prepozna individualizirana obravnava, usmerjena na posameznikove zmožnosti in potrebe. Vse bolj pomembno in potrebno postaja znanje s področja socialne gerontologije in posebnosti staranja odraslih oseb z motnjo v duševnem razvoju.

UDC 364-5-053.9-056

KEY WORDS: occupational activity centre, older people with disorders in mental development, changes, learning, motivation

ABSTRACT - In the article we recognize modern concepts and suggestions for changes in the treatment of people with disorders in mental development, aged over 50, who participate in organisationally different occupational activity centres in Slovenia, provided by heads of the mentioned institutions. We give the answer to what knowledge the heads of occupational activity centres would need in working with the mentioned population. We present Models of care for the organisation of life for older users in the occupational activity centres from the perspective of sociosystemic solutions, organisational and methodical changes. The results of the quantitative research present modern methods and types of work for older people with disorders in mental development, where the key factor is individualised treatment, directed towards the individual's capabilities and needs. Knowledge from the field of social gerontology and particularities of aging of adults with disorders in mental development is becoming increasingly important and necessary.

1 Teoretična izhodišča

»Staranje in obravnava starejših ljudi z motnjo v duševnem razvoju je v raziskovalnem pogledu ne raziskano, pogosto tudi tabuilizirano in kot tako zahteva večjo pozornost strokovnjakov z namenom načrtovanja ustrezne podpore in pomoči« (Golob, 2009). Število starih ljudi s posebnimi potrebami v zadnjem desetletju narašča (Janicki in Ansello, 2000). To je privedlo tudi do novih izzivov, ne le za posameznike in njihove družine, ampak tudi za podporo delavcem in sistemu služb tega področja dela (Maes in Vyan Puyenbroeck, 2008). Kakovostno staranje, ne le podaljševanje življenja starostnika, je vsebinsko pogojevan cilj obravnave (Železnik, 2008). Snovalci politik naj bi za to populacijo oseb upoštevali spoznanja in izkušnje iz prakse. Pomembna za oblikovanje politik je uporaba razpoložljivih in novih virov znanja, ki so izid raziskav. V razvojno dejavnost so vključeni uporabniki storitev, načrtovanje storitev na podlagi individualnih potreb posameznika.

1.1 Sodobni pristopi pri delu s starejšimi uporabniki storitev Varstveno-delovnih centrov

V procesu sprememb ima pomembno vlogo vodstvo, ki mora imeti obsežno vizijo in sposobnost navdušiti zaposlene in opogumiti tiste, ki nasprotujejo spremembi. Proces spremembe mora biti takšen, da v njem lahko vsi udeleženci vidijo, da lahko vsak od njih v tem procesu pridobi z implementacijo spremembe, četudi bodo s spremembami kaj izgubili (Ramon, 2011, v Žiberna, 2013, str. 25). Nujno je upoštevati demografske trende in načrtovati servise za prihodnost (Golob, 2013, str. 14). Nekatere potrebe teh oseb so podobne splošni populaciji, druge so povsem različne, ali se pojavijo pri nižji starosti ali pa jih je treba izpolniti na različne načine (Bigby in Torr, 2010, str. 118). »Za izboljšanje kakovosti izvajanja storitev je namreč nujno, da vsi zaposleni aktivno sodelujejo pri uvajanju sprememb, ki morajo biti hkrati tudi del njihove strokovne in osebne rasti, ki jim bo prinašala večje zadovoljstvo z delom« (Tutta, 2009, str. 1). V slovenskem prostoru se pri delu z ljudmi s posebnimi potrebami vse bolj upoštevajo in uveljavljajo sodobni pristopi, kot so razvijanje zagovorništva, uvajanje stanovanjskih skupin in bivalnih skupnosti, različne oblike samopomoči – za starše, brate in sestre, skupno učenje, zabava – v organizaciji prostega časa, v uvajanju normalizacije, integracije in vključevanja (Analiza delovanja VDC-jev, 2008).

1.2 Koncept znanja in motivacija za delo

Dejstvo je, da sta število strokovnih delavcev in njihova strokovna usposobljenost v institucijah, ki delajo s starimi ljudmi, še vedno nizki (Mali, 2007, v Ovsenik, 2011, str. 21). Zaposleni morajo imeti priložnost razvijati svoje spretnosti, poglobljati ustvarjalnost in pridobivati znanje. Osebe z motnjo v duševnem razvoju so heterogena skupina z mnogo bolj zapletenimi zdravstvenimi vprašanji, kot to velja za druge posameznike. Ključno je poznavanje informacij o njihovi inteligenci, prilagoditvenih veščinah, dodatnih diagnozah zaradi prepoznavanja njihovih potreb in služb, ki jim lahko ponudijo podporo, in zaradi lažjega poznavanja njihove življenjske situacije. »Nekateri posamezniki z motnjami v duševnem razvoju so precej različni glede tega, ali se znaki staranja pri njih pojavijo pri nižji starosti« (Bigby, 2010, str. 118). Brez »drugačnih pristopov pri delu in brez drugačnih odnosov med zaposlenimi in uporabniki ni mogoče oblikovati drugačne profesionalne vloge zaposlenih, ki jo zahteva delo v skladu s potrebami uporabnika (Tutta, 2009, str. 1). Kot navaja Ramon (2011, str. 41) je del procesa organizacijske spremembe v socialnem delu predanost spremembi in pozitivna moč učinka, ki pride s predanostjo. Slednje opogumlja k novim znanjem in odkrivanju neznanega pri delu s populacijo oseb z motnjo v duševnem razvoju, starih nad 50 let.

2 Metoda

Podatke za raziskavo smo pridobili s kvalitativno metodo. Obstoječi članek odgovarja na vprašanje, kako vodje v slovenskih VDC-jih zaznavajo družbeno-sistemske, or-

organizacijske in metodične spremembe pri delu z uporabniki z motnjami v duševnem razvoju, starimi od 50 let. Navaja možne predloge in usmerja v razmišljanja glede potrebnih znanj za delo z omenjeno populacijo oseb. Opiše medsebojno povezanost dejavnikov s področja položaja starejših uporabnikov oseb z motnjami v duševnem razvoju vključenih v VDC-je in sprememb obstoječih praks.

2.1 Vzorec

Vzorec predstavlja populacija 55 vodij enot varstveno-delovnih centrov, zaposlenih v programu storitev vodenja, varstva in zaposlitve pod posebnimi pogoji, kar pomeni 85 % pokritost populacije slovenskih varstveno-delovnih centrov. Večina anketirancev je ženskega spola (82 %), stara manj kot 41 let (41 %), oziroma od 41 do 50 let (v istem deležu). Več kot polovica jih ima VII. stopnjo izobrazbe, najpogosteje smeri specialna pedagogika in socialno delo.

2.2 Zbiranje podatkov

Podatke smo zbrali s pomočjo spletnega vprašalnika, ki je bil posredovan vsem vodjem v organizacijsko različnih VDC-jih, po elektronski pošti. Vprašalnik je vključeval vprašanja usmerjena na predloge glede sprememb z vidika konceptov obravnave starejših oseb z motnjo v duševnem razvoju glede, v slovenskem prostoru, in sicer nas je zanimalo:

- Kakšni so predlogi vodij glede sprememb in obravnave oseb z motnjo v duševnem razvoju z vidika družbeno-sistemskih rešitev, organizacijskih in metodičnih sprememb;
- Kakšna znanja bi vodje potrebovale za opravljanje dela s starejšo populacijo oseb.

3 Rezultati

Odgovore smo obdelali z metodo kvalitativne analize in sicer tako, da smo odprtim odgovorom najprej pripisali pojme prvega reda, nato pa (v kolikor je bilo ustrezno in smiselno) še pojme drugega reda, na koncu pa izluščili kategorije. Odgovore anketirancev smo predstavili grafično.

3.1 Model skrbi za starejše uporabnike storitev VDC-ja

Anketiranci na vprašanje, kako je v VDC-ju, v katerem so zaposleni, poskrbljeno za populacijo oseb, starejših od 50 let, najpogosteje odgovarjajo, da gre za individualizirano obravnavo, predvideno v individualiziranem programu, bodisi da je »Za njih oblikovan individualiziran program kot za vse ostale«, ali se »Prilagajajo individualno vsakemu posebej« ipd. Pri individualizirani obravnavi so anketiranci izpostavili upoštevanje potreb in zmožnosti posameznika kot ključno izhodišče za obravnavo, »V VDC-ju že upoštevamo individualne spretnosti in interese uporabnikov. Delo in aktivnosti prilagajamo uporabnikom«, »Trudimo se, da za uporabnika delo čim bolj prilagodimo njegovim potrebam«, »Starejšim se delo prilagaja, glede ne njihovo vsa-

kodnevno počutje«. Na drugi strani pa so anketiranci navajali pristope obravnave te populacije, ki so nekoliko odmaknjeni od povsem individualizirane obravnave posameznika, a še zmeraj gre za preplet nekaj bolj objektivnih okoliščin obravnave in individualnih potreb. Kaže se večja osredotočenost na starost posameznikov kot skupine in ne več samo posameznika in s tem so tudi ukrepi bolj sistematično prilagojeni tej populaciji. Gre za sistemsko upoštevanje starosti, kjer anketiranci navajajo, da »zaradi majhnosti skupin lahko delo prilagajamo potrebam starejših« in da je »program skupinskih aktivnosti prilagojen njim«. Pri tem delujejo »v skladu z obstoječo zakonodajo«, skrbijo za kadrovsko ustreznost z zagotavljanjem »dovolj kadra« in »izobraževanje(m) zaposlenih«. Delo s starostniki je prilagojeno na način, ki omogoča »možnost počitka«, da »so v varstveni skupini«, kjer se »več časa posveča negi«.

3.2 Družbeno-sistemske rešitve

Rezultati pokažejo, da se VDC-ji soočajo z različnimi težavami s področja družbeno-sistemske ureditve. Predlogi vodij se glede organiziranosti in obravnave starejših oseb s posebnimi potrebami, vključenih v VDC-je usmerjajo na štiri vidike: zakonodajne, finančne, sistemske in prostorske rešitve. Med zakonodajne rešitve vodje navajajo predloge, kot je regulacija zakonov, na katerih temeljijo programi, pa tudi ureditev zakonodaje v smislu zakonske določitve starostne meje za upokojitev in zaključka obravnave v VDC-ju. Sistemske rešitve, katerih urejanje spada na področje zakonodaje, vendar se hkrati nanašajo na sistemsko urejenost področja, kot so vzpostavitev 24-urnih bivalnih enot za tiste, ki jih potrebujejo, vzpostavitvi sistema pomoči na domu in posebnih programov. Nadalje potreba po vzpostavitvi posebne oblike varstva, »kjer bi bil poudarek na druženju in reflektiranju svojega življenja«, »prepoznavanje starostnih sprememb v tej populaciji« in po 50. letu starosti »obvezno novo zdravniško mnenje«, »prekategorizacija oseb s posebnimi potrebami«. Vodje menijo, da morajo biti programi finančno podprti, hkrati pa se pojavi tudi predlog, ki kot rešitev predlaga sistem vavčerjev oz. »kuponov za različne storitve«, »katerih število pa ne bi smelo biti simbolično/pavšalno, ampak dejansko opredeljeno v tolikšni meri, kot posameznik potrebuje, če nekdo potrebuje več teh različnih storitev, bi bila zadeva doplačljiva«. Prostorske rešitve odgovorijo na vprašanje prostorskega umeščanja teh uporabnikov v institucionalizirane ali ne institucionalizirane oblike namestitve. Med predlogi je tako moč zaslediti predlog, naj se oblikuje ločena enota VDC-ja za to populacijo oz. naj se oblikujejo stanovanjske skupine. En predlog gre tudi v smeri, naj se te uporabnike namesti v domove za starejše občane oz. naj se oblikujejo ustrezne oblike namestitve, s čimer predlog predpostavlja, da obstoječe oblike namestitve še niso ustrezne. Nekateri predlogi pa presežejo vprašanje ustrezne ustanove za namestitev te populacije oseb in kot rešitev izpostavijo več vlaganja v obstoječe ustanove oz. le prilagoditev (že obstoječih) prostorov.

3.3 Organizacijske spremembe

Navedbe vodij glede organizacijskih sprememb kot možnih rešitev organiziranosti življenja starejših oseb z motnjo v duševnem razvoju smo razvrstili v štiri sklope, in sicer, vodenje, kadri, namestitve in storitve.

Vodenje: predstavlja kategorijo, iz katere izhajajo preostale kategorije. Tako smo v sklop vodenja uvrstili predloge, ki se lahko nanašajo tudi na kateri drugi sklop, vendar so neposredno odvisni od procesa vodenja kot na primer oblikovanje ustreznega strokovnega tima oz. opremljenost kadra z znanji s področja dela z ostarelimi in neznanja. Med predlogi za organizacijske spremembe tega sklopa je moč najti tudi predlog spremembe kadrovskega normativa oz. reševanje kadrovske podhranjenosti in kadrovska namestitve v obstoječi VDC. Še najbolj pa sklop vodenja opiše navedba: »Predvsem je v zavodih, kot je naš, pomembno, da se obdrži isto raven oskrbe – da se pozornost in trud ne osredotočata predvsem na mlade, katerih uspeh rehabilitacije je večji, temveč da se zadostna skrb in trud namenita tudi starajočim se uporabnikom.«

»Kadri«: predlogi, kot je predlog za povečanje kadra z zdravstvenimi znanji, »zaradi vse večje potrebe po zagotavljanju zdravstvene nege« in socialno gerontološkimi znanji, za kar je potrebno izobraževanje kadra in s tem višja izobrazba zaposlenih. Nekaj kadrovsko-organizacijskih predlogov pa se nanaša tudi na novo zaposlovanje: angažma zunanjih strokovnjakov in prostovoljcev ter kratkotrajnejše oblike zaposlitve.

»Namestitev«: predlogi rešitev, ki se nanašajo na organizacijo življenja uporabnikov. Predlogi se lahko nanašajo na ustreznost objektov, v katerih so uporabniki nameščeni: prilagoditev prostora, primerni prostor, ustrezni prostorski pogoji ter arhitektonsko in okoljsko prijaznejši objekti; lahko pa gre za namestitev v smislu procesa nameščanja, in sicer da bi bil sistem namestitve fleksibilen ter da se omogoči več zasebnosti pri namestitvi. Predlogi tega sklopa se nanašajo tudi na organizacijo nameščanja, torej v smeri ustvarjanja novih oddelkov oz. medgeneracijskih stanovanjskih skupin ali da se te uporabnike namesti v obstoječi VDC.

Med predloge glede sprememb v organizaciji storitev smo uvrstili navedbe, ki se nanašajo na izvajanje storitev VDC-ja in drugih aktivnosti:

»Starejši uporabniki s časom potrebujejo več varstvenih storitev – pomoči in podpore v vsakdanjem življenju«, pri tem pa ne gre zanemariti »več osebne asistencije za udeležanje aktivnosti po lastni izbiri«. Storitve se naj izvajajo po ustreznem programu, na razpolago pa morajo biti ustrezni pripomočki in pomagala.

3.4 Metodične spremembe

Navedbe anketirancev lahko razvrstimo v dva sklopa, in sicer:

- »Obravnava«: v sklop obravnave smo uvrstili predloge, ki se nanašajo na postopanje strokovnega delavca pri obravnavi uporabnika, med aktivnosti pa tiste rešitve, ki uporabnika postavljajo v aktivno vlogo izvajalca sprememb. V kontekstu obravnave se tako nahajajo predlogi rešitev, kot je programska sprememba v smislu individualiziranega programa, ki ga naj spremljajo prilagojene metode dela z uporabniki, kot so individualni pristop, spremljanje in opazovanje, pri čemer naj bo cilj obravnave spodbujati opolnomočenje in pravico do izbire ter razvoj močnih področij. Strokovni delavci naj pri obravnavi sledijo novim smernicam, imajo posluš za uporabnika in z njim enakopravnejši, partnerski odnos. Med predlogi glede obravnave uporabnikov je moč najti tudi predlog za več komunikacije med strokovnim delavcem in uporabnikom, pri čemer naj bi ta prepoznava duševne

motnje, nato pa delo prilagodil potrebam uporabnika. Smiselna je tudi uvedba permanentnega izobraževanja za delo s starejšimi z motnjami v duševnem razvoju in terenskega dela.

- »Aktivnosti«: med predlogi, ki se navezujejo na aktivnosti uporabnikov, najdemo predloge, ki se nanašajo na povsem konkretne aktivnosti, ki naj bi bile umirjene in sprostitvene, s prilagojeno dinamiko dela, vendar naj bi pripomogle k vzdrževanju psihofizičnih sposobnosti, oz. »njim poznane aktivnosti s področja urjenja spomina, ohranjanje kognitivnih funkcij; lažja fizična aktivnost (sprehodi) fizio- in delovna terapija«. Pri aktivnostih velja upoštevati večjo možnost izbire vsebin, vsekakor pa je pomembna tudi zaposlitev teh uporabnikov, ki je lahko tudi kot skupinska oblika dela, kar pripomore k socialnemu vključevanju in pomaga pri oblikovanju formalne in neformalne socialne mreže uporabnikov. Kot namen teh aktivnosti pa je moč razbrati aktivno preživljanje delovnega in prostega časa. Na ravni aktivnosti uporabnikov se pojavi tudi predlog zagovorništva uporabnikov.

3.5 Znanje, ki ga vodje potrebujejo za opravljanje svojega dela

Večina (79 %) vodij navaja potrebe po znanjih s področja socialne gerontologije oz. o staranju večinske populacije in posebnostih staranja odraslih z motnjo v duševnem razvoju ter nadalje pristopih k delu s starejšimi in posebnostih pri tem delu, ne nazadnje pa tudi o starostnih spremembah in potrebah starejših odraslih z motnjo v duševnem razvoju. Druga najbolj zastopana kategorija so znanja s področja geriatrije (36 %) oz. znanja o demenci, medicini starejših, stanjih depresije pri starejših osebah in znanja »dvojih trojih diagnoz«. Potrebe po ostalih področjih znanj se pojavljajo v bistveno manjšem obsegu, saj le 29 % vodij izraža potrebe po splošnih družboslovno-socialnih znanjih (socialno delo, kognitivno vedenjska terapija, komunikacija in antropologija) ter 21 % po splošnih medicinsko-zdravstvenih znanjih, kamor smo uvrstili nego, psihiatrijo in nevrologijo. Da so vodje dobro opremljene z znanji s področja menedžmenta, priča podatek, da jih je le 14 % takih, ki bi rabili znanja s tega področja. V istem deležu (14 %) so vodje navajali še, da dodatnih znanj ne bi potrebovali.

4 Razprava

Za uvajanje sprememb v organizaciji so ključni zaposleni (motivacija, zaveza k izboljševanju in nenehnemu izboljševanju). V modernem času vse bolj postaja pomembna učeča se organizacija, ki prepozna posameznikovo znanje, usmerjenost v ustvarjalno in timsko delovanje in vloga vodje, ki slednje prepozna in spodbuja. Je vodilni kreator, ki na področju socialnega varstva krmari med odločanjem in opolnomočenjem ključnih akterjev, zaposlenih in uporabnikov storitev. Varstveno-delovni centri različno prepoznavajo družbeno-sistemske, organizacijske in metodične spremembe pri delu z s starejšimi uporabniki storitev VDC. Vodje poudarjajo različna videnja družbeno-sistemskih rešitev, ki jih usmerjajo na štiri vidike, in sicer zakonodajne, finančne, sistemske in prostorske rešitve. Organizacijske spremembe poudarjajo štiri sklope, kot so vodenje, kadri, namestitve in storitve. Metodične spremembe usmer-

jajo v dva sklopa, in sicer »Obravnava« in »Aktivnosti«. Med predlogi obravnave so ključni tisti, ki se nanašajo na ravnanje strokovnega delavca pri obravnavi uporabnika, kot je individualiziran pristop, ki naj ga spremljajo prilagojene metode dela, kot je spremljanje in opazovanje, spodbujanje opolnomočenja, pravica do izbire, ipd. Med »Aktivnosti« se uvršča predloge, ki se navezujejo na aktivnosti uporabnikov, kot so umirjene in sprostitvene aktivnosti, ki naj bi pripomogle k povečevanju psihofizičnih aktivnosti uporabnika, ipd. Vodje VDC-jev se zavedajo potrebe po znanju s področja socialne gerontologije, geriatrije, demence, »dvojnih, trojih diagnoz«, družboslovno-socialnih znanjih (socialno delo, kognitivna-vedenjska terapija, komunikacija, antropologija) in splošno-medicinsko-zdravstvenih znanj (nega, psihiatrija, nevrologija).

LITERATURA

1. Analiza dela v varstveno delovnih centrih. 2008. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo. Pridobljeno 5. 2. 2014, s http://www.irssv.si/upload2/VDC_porocilo_.
2. Bigby, C. (2010). A five Country Comparative Review of Accommodation Support Policies for Older People With Intellectual Disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 7 (1), 118.
3. Bigby, C. in Torr, J. (2010). Aging with an Intellectual Disability: Issues, Evidence and solutions. In C. Bigby in C. Fyffe (Eds.), *State Disability Policy for the Next Ten Years - What Should it Look Like? Proceedings of the Fifth Annual Roundtable on Intellectual Disability Policy*, (str. 118-127). Bundoora: La Trobe University.
4. Fyffe, C. in Bigby, C. (2011). The next ten years of disability policy: Issues for people with intellectual disability. In C. Bigby in C. Fyffe (Eds.), *State disability policy for the next ten years – what should it look like? Proceedings of the fifth annual roundtable for intellectual disability*, (str. 27–32). Melbourne: La Trobe University.
5. Golob, A. (2009). Psihosocialni vidiki staranja in starost ljudi z Downovim sindromom. Ljubljana: Sožitje – zveza društev za pomoč duševno prizadetim Slovenije.
6. Golob, A. (2013). Prepoznavanje potreb po servisnih storitvah pri starajočih se ljudeh z motnjo v duševnem razvoju. *Naš zbornik* 46 (4), 9–14.
7. Janicki, M. P. in Ansello, E. F. (2000). *Community Supports for Aging Adults with Lifelong Disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
8. Maes, B. in Van Puyenbroeck, J. (2008). Adaptation of Flemish Services to Accommodate and Support the Aging of People With Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 5 (4), 245–252.
9. Mali, J. (2007). Vloga in pomen socialnega dela v razvoju institucionalnega varstva starih ljudi v Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
10. Ovsenik, M. (2011). Socialna gerontologija: odgovor na spremembe časa. V F. Kresal (ur.), *Zbornik I. znanstvenega simpozija fizioterapevtov Slovenije*, (str. 19–33). Ljubljana: Zbornica fizioterapevtov Slovenije.
11. Ramon, S. (2011). Organisational change in the context of recovery-oriented services. *The journal of mental training, education and practice*, 6 (1), 37–45.
12. Rape Žiberna, T. (2013). Uvajanje evalvacij v organizacije, ki izvajajo socialnovarstvene programe (Magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
13. Tutta, S. (2009). Izvajanje socialnega modela v institucionalnem varstvu v posebnih socialno varstvenih zavodih. Pridobljeno 20. 9. 2013, s http://www.id.gov.si/fileadmin/id.gov.si/pageuploads/Varnost_in_zdravje_pri_delu/KONFERENCA/7_Konferenca/S.TutaSocialni_model_izvajanja_storitev_v_osebnih_soc_zavodih.pdf.
14. Železnik, D. (2008). Vpliv okolja na starostnika. Pridobljeno 20. 5. 2013, s http://www.fzv.uni-mb.si/page/images/stories/Image/SDZ/SDZ_05.pdf.

Mednarodni projekti – dodana vrednost pri izobraževanju v zdravstveni negi

UDK 373.5(100)(083.94)

KLJUČNE BESEDE: mednarodni projekti, zdravstvena nega, izobraževanje

POVZETEK - V prispevku predstavljamo vrednost sodelovanja v različnih mednarodnih projektih ter izzive, s katerimi se pri sodelovanju soočamo. V našem okolju ni šole, ki si ne bi želela sodelovanja in povezovanja s partnerji iz drugih držav. Prav tako so prisotne visoke težnje po integraciji našega znanja, bogatih izkušenj in novih dognanj v mozaik, ki nastaja v skupnem mednarodnem prostoru. Zato je za doseganje ciljev zelo pomemben prispevek posameznih partnerjev – institucije, delovne skupine in posameznika. Za kakovostno sodelovanje, ustvarjanje in dober končni rezultat sta poleg prostorskih in materialnih pogojev zelo pomembna komunikacija ter razumevanje in poznavanje posebnosti drug drugega. Učitelji in dijaki Srednje zdravstvene šole Celje sodelujemo pri številnih tovrstnih projektih, zato smo se v prispevku osredotočili na sodelovanje naše šole v mednarodnem projektu E-medica. Z dijaki in njihovimi mentorji smo skupaj ovrednotili pomembnost ustreznih delovnih pogojev, izkušenj in znanja, čuječe komunikacije ter ujemanja karakternih lastnosti. Ugotovili smo, da so vsi našeti dejavniki ključni za uspešno delovanje projektne skupine.

UDK 373.5(100)(083.94)

KEY WORDS: international projects, nursing care, education

ABSTRACT - The article presents the value of participation in various international projects and challenges that occur during such projects. Nowadays, no school exists without cooperation and bond with collaborating schools from other countries. In addition, there are also tendencies of the integration of our knowledge, experience and new findings into the greater international society. Thus, the contribution of each partner, institution and work group is very important to achieve certain goals. Besides spatial and material conditions, communication and understanding between partners is very important to achieve quality cooperation and a successful result. The professors and students from the Secondary School of Nursing Celje have taken part in various international projects, therefore we decided to concentrate the article solely on the cooperation of our school in the international project E-medica. Students and mentors together evaluated the importance of work conditions, experience and knowledge, mindful communication and the agreement of characteristic qualities. We found out that all of the factors are of key importance for a successful operation of the project group.

1 Uvod

Ljudje se že od nekdaj povezujemo in stremimo k sodelovanju. Razlogi so seveda različni in prehajajo od osnovnih k višjim ciljem. Povezujemo se za preživetje, osnovno zaščito ter občutek večje varnosti, moči in pripadnosti, za doseganje interesov manjših ali večjih civilnih skupin oz. iniciativ, za doseganje višjih ciljev na delovnih mestih. Sodelovanje je širok pojem in ga razumemo kot prizadevanje enakovrednih partnerjev v zaupnem odnosu. Za doseganje skupnih ciljev si partnerji delijo vire, moč in odgovornost (Šteh in Mrvar, 2011a). Razvija se partnersko sodelovanje, kjer je ključnega pomena, da si partnerji delijo kulturo, identiteto, odgovornost in vrednote (Sheridan idr, 2002), ter na osnovi tega razvijejo občutek pripadnosti. Poleg sodelovanja je za partnerstvo pomembno ohranjanje pozitivnih in uravnoveženih medsebojnih odnosov, delovanje naj bo fleksibilno, orientirano na vsakokratne potrebe članov. Različne perspektive so dobrodošle, saj širijo obzorje in prispevajo k boljšemu razumevanju

situacije. Prav tako je potrebno spoštovati tradicijo in kulturne neenakosti. Razlike naj bodo tretirane kot prednosti in ne kot slabosti (Sheridan idr, 2002). Pri sodelovanju presegamo meje in vzpostavljamo nove odnose, ki predstavljajo dodano vrednost. Sodelujemo zaradi želje po doseganju ciljev, ki so lahko bodisi individualni ali pa kolektivni in jih vsekakor lažje dosegamo skupaj. Da lahko skozi partnerski odnos dobro sodelujemo, je pomembno, da poznamo, kako se lahko ljudje pri sodelovanju odzivajo. Profesor F. Groves opredeljuje tri vrste vedenja: sodelovalni, konfliktni in tekmovalni. Vse oblike vedenja povezuje dejstvo, da lahko vzpodbudijo posameznika k večji aktivnosti in entuziazmu. Pri konfliktu je motivacija usmerjena v nasprotovanje, pri rivalstvu so sicer cilji usklajeni, a konfliktno naravnani, pri sodelovanju pa delujemo usklajeno in vzajemno. Groves opisuje, da nekaterim ljudem uspeva napredek le skozi konfliktni odnos, drugim je tekmovalnost edini stimulans za povezovanje. Sodelovanje opisuje kot naprednejši način socialne inteligence, kjer se srečujemo z različnimi subjektivnimi in objektivnimi prednostmi oz. omejitvami. Povezovanje in sodelovanje je prav tako zelo pomembno v izobraževalnem in akademskem življenju, saj naj bi bile izobraževalne institucije na čelu sprememb. Če pa hočemo spreminjati, moramo biti vključeni – torej se povezovati in sodelovati (Schollaert, 2006).

2 Mednarodni projekti v vzgoji in izobraževanju

S projekti se v današnjem času srečujemo povsod – postali so vseprisotni in so neizogiben del našega življenja. Ena izmed zelo dobrih pozitivnih posledic združevanja Evrope v Evropsko unijo so mednarodni projekti, ki jih le-ta ponuja svojim članicam na področju izobraževanja in usposabljanja. Raznovrstni projekti so namenjeni sodelovanju med različnimi deležniki, ki nudijo možnosti za razvoj in ustvarjanje ustrezne šolske klime. Iz tradicionalnega načina izobraževanja se kreirajo novi pristopi in načini, kako popestriti, obogatiti in tako povečati vrednost izvajanju obstoječim kurikulumom. Družba je naravnana k nenehnim spremembam in šole, ki bi morale biti na čelu sprememb, le-tem ne sledijo. Z mednarodnimi, predvsem šolskimi razvojnimi projekti (Lenc, 2006), lahko učitelji, torej tisti, ki spremembo lahko naredijo živo, izboljšajo organizacijo šole, razvijejo učinkovitejše pedagoške pristope ter posežejo tudi v spremembe na področju pedagoških vsebin. Pedagoško partnerstvo privede do pedagoških premikov (Marinšek, 2005). Tisti, ki so aktivno vključeni, lahko participirajo k skupnemu načrtovanju, delovanju, izražajo pripadnost skupnim izzivom ter skupaj ustvarjajo vizije – delujejo partnersko (Schollaert, 2006).

2.1 Pedagoški cilji in namen mednarodnih projektov

V sodobnem času si je težko predstavljati, kako brez informacijsko komunikacijske tehnologije (IKT) upravljati z vsemi razpoložljivimi informacijami. Ko sodelujemo v mednarodnih projektih, se razvija vrsta ključnih kompetenc, s tem pa dosegamo tudi pedagoške cilje (Marinšek, 2005):

- sodelujoči se naučijo ravnati z informacijami (iskanje, zbiranje, obdelava, shranjevanje, posredovanje);

- sodelujoči se naučijo sodobnih komunikacijskih veščin (govorjenje, pisanje, branje, poslušanje, poznavanje jezika partnerja iz druge države);
- sodelujoči se naučijo funkcioniranja v skupini ter globalni družbi.

Šola lahko preko mednarodnega projekta z različnimi aktivnostmi prispeva h kvaliteti izobraževanja, k razvoju posameznika in skupine ter k afirmaciji šole (Adelman and Taylor, 2008):

- podpora izobraževanju (širša razgledanost, olajšan dostop do dejavnosti in področij, ki sicer vsem niso dostopne, sodelovanje v specifičnih aktivnostih, delitev znanja in drugih virov);
- omogočen dostop do ustreznih prostorskih in materialnih pogojev (ustrezni prostori, razpolaganje in dostop do IKT, specifični material za strokovno delo);
- inovacije (po principu »več glav več ve«, dvig kakovosti in s tem višja konkurenca na trgu dela (Marinšek, 2005));
- spodbujanje medkulturnega dialoga, skupnega dela ter različnih oblik družabnega življenja (družabna srečanja, kjer se sodelujoči spoznajo bolj neformalno, mej komuniciranja in sodelovanja praktično ni, odprtost za sprejemanje raznolikosti);
- medkulturne prednosti (Evropska unija in ostali svet - odprt prostor, kjer ni več političnih in jezikovnih mej, nudi neslutene možnosti izobraževanja, raziskovanja, osebne rasti in razvoja, ponovnega zavedanja lastne kulture);
- diseminacija rezultatov (poročila, posredovanje rezultatov posameznikom in institucijam, članki za medije (Marinšek, 2005)).

3 Mednarodni projekti na Srednji zdravstveni šoli Celje

Srednja zdravstvena šola Celje ima bogato zgodovino sodelovanja v različnih mednarodnih projektih širom Evrope. Učitelji se zavedamo vrednosti internacionalnega sodelovanja, tako za neizmerno vrednost izkušenj pri dijakih kot tudi pri nas samih. Naštela in opisala bom nekaj projektov, v katerih sodeluje naša šola: Leonardo da Vinci, EU in MOTION, VET-LSA, Eko šola, Evropska vas, Unesco, Evropa v šoli, Teden globalnega učenja, Euroscola, E-medica.

3.1 EU in MOTION

Srednja zdravstvena šola Celje se je v projekt vključila v začetku leta 2008. Delo ekspertov iz Avstrije, Nemčije, Škotske, Nizozemske in Slovenije je bilo na šestih srečanjih usmerjeno v izboljšanje preglednosti in primerljivosti v poklicnem in strokovnem izobraževanju in usposabljanju na področju zdravstvene nege. Znanje in veščine, ki so bile umeščene v Evropski kvalifikacijski okvir (EQF), so dobile širši in globalnejši pomen. Evropski sistemi poklicnega izobraževanja so zelo raznoliki, kar pomeni veliko nacionalno bogastvo. Hkrati pa je to tudi ovira pri prenosljivosti in priznavanju kvalifikacij in kompetenc. Zato so ekipo, ki smo sodelovali v tem projektu, v širšem smislu zanimali predvsem načini uspešne prevedbe poklicnih in izobraževalnih kvalifikacij ter kompetenc, pridobljenih v različnih državah EU. Ker Evropa postaja čedalje bolj odprt geografski prostor, moramo s skupnimi močmi podpreti izobraževalno

in poklicno mobilnost državljanov v Evropi. Izmenjava izkušenj s partnerji evropskih držav, poznavanje njihovih dobrih praks in različnih izobraževalnih sistemov je dobrodošla izkušnja. Seveda primeri dobrih praks niso v celoti prenosljivi v druga okolja, lahko pa delčki predstavljajo osnovo za nekaj novega, nekaj, kar bo v našem okolju izvrstno delovalo. Vsekakor je projekt korak naprej pri prizadevanjih za večjo preglednost in primerljivost v poklicnem izobraževanju in usposabljanju. Prav tako je lahko zaključek projekta iztočnica za nadaljevanje v smislu podrobnejše analize učnih izidov in kompatibilnosti s poklicnimi kompetencami, saj bomo le tako kos konkurenci na evropskem trgu delovne sile. Koordinatorica projekta na šoli – Olga Štancar.

3.2 VET-LSA (International Large Scale Assessment in Vocational Education and Training)

V letu 2008 je bila Srednja zdravstvena šola Celje s strani Centra za poklicno izobraževanje (CPI) povabljen k sodelovanju v mednarodni projekt VET-LSA. Cilj projekta je bil razviti koncept ocenjevanja oz. merjenja kompetenc v poklicnem in strokovnem izobraževanju. Za raziskovanje so bila izbrana štiri poklicna področja: avtoservisna in elektro dejavnost, ekonomsko-administrativna dejavnost ter zdravstvena nega. Izpostavljeno je bilo sodelovanje in izmenjava izkušenj s partnerji različnih držav Evropske unije.

Prva delavnica je potekala v Bonnu, v začetku julija 2008. Predstavljena je bila osnovna ideja VET-LSA: povečati transparentnost poklicnega izobraževanja in usposabljanja, olajšati klasifikacijo izobraževalnih programov v evropskem ogrodju kvalifikacij ter natančno opredeliti relacije med kompetencami, izobraževalnimi programi in vsebino. Naslednji dve delavnici sta bili izvedeni v letu 2010, kjer smo s širšo skupino strokovnjakov razpravljali o modularno in kompetenčno zasnovanih izobraževalnih programih ter o pristopih ocenjevanja in merjenja razvoja kompetenc. Predstavljeni so bili tudi mednarodni nabori ocenjevalnih nalog za dijake poklicnih in srednjih strokovnih izobraževalnih programov. Koordinatorica projekta na šoli – Olga Štancar.

3.3 E-medica

Srednja zdravstvena šola Celje je v mednarodni projekt E-medica vstopila leta 2013. Projekt E-medica je zaživel že leta 2005 kot nadaljevanje uspešnega projekta »Znanje brez meja«. Šola ustanoviteljica, Medicinska šola Ante Kuzmanić Zadar, je s tem projektom sprva povezala hrvaške medicinske šole ter njihove učence in učitelje v strokovne virtualne skupnosti. Čez nekaj let se je mreža razvila v mednarodno, saj so se jim priključile tudi Srednje zdravstvene šole iz Slovenije, Makedonije in Srbije. Zaradi atraktivnosti in dinamičnosti projekta se je vanj vključilo tudi osem partnerskih šol iz RH, ki pa niso zdravstvene šole. Glavni namen je spodbujanje izmenjave izkušenj ter uvajanje in uporaba sodobnih informacijskih in komunikacijskih tehnologij v vsakdanjem izobraževalnem procesu zdravstvenih šol. Koncept E-medice temelji in se razvija z izmenjavo dijakov in učiteljev, ki so projektni partnerji, z videokonferencami, z izdelavo portalov skupnih projektov ter z Dnevi E-medice, kjer so zaključeni projekti tudi predstavljeni. Dnevi E-medice potekajo enkrat letno, zadnja leta v Tu-

heljskih Toplicah, in sicer tri oz. štiri dni. Projekt »E-medica« se izvaja pod okriljem Ministrstva za znanost, izobraževanje in šport RH, Agencije RH za poklicno izobraževanje in izobraževanje odraslih ter hrvaške akademske in raziskovalne mreže – CAR-Net. Projekt je bil podprt s strani ravnateljev vseh zdravstvenih šol Hrvaške. Letno v projektu sodeluje okoli 300 učencev in učiteljev iz 35 srednjih šol iz Hrvaške in tujine, izvedenih je okrog 45 projektov, približno 30 izmenjav dijakov in njihovih mentorjev ter deset video konferenc (Kadić, 2005).

Prvo leto, ko smo vstopili v projekt, so dijaki predstavili našo šolo s številnimi dejavnostmi, ki nas bogatijo. Sodelovala je naša glasbena skupina Glog, ki je predstavitev popestrila in razvnela občinstvo. Predstavili smo se tudi z 10-minutnim predstavitvenim filmom, ki je nastal v sklopu priprav na vstop v E-medico. Filmček ima močno diseminacijsko vrednost, saj ga šola uporablja za lastno promocijo v ožji in širši lokalni skupnosti. Pripravili smo stojnico, kjer smo projektnim partnerjem ponudili naš promocijski material ter odlične domače dobrote – različne vrste kruha, potice, peciva. Prav tako so dijaki naše šole poskrbeli za odlično vzdušje s harmoniko in slovenskimi domačimi vižami. Na prvem srečanju smo prijavi tri projekte (Živim življenje ...s stomo, Prava ideja – od ideje do posla, Kruh naš vsakdanji) ter sprejeli povabilo k sodelovanju dveh projektov (Umetnost ličenja, Organska kozmetika). Sodelovali smo s projektnimi partnerji Hrvaške, Makedonije, Srbije in Slovenije. Koordinatorica projekta na šoli – Olga Štancar.

3.3.1 Vodenje projekta na šoli

V projekt E-medica smo vstopili kot projektni partnerji, vendar tudi kot vodje treh projektov, ki smo jih prijavi na prvem, uvodnem srečanju. Hkrati smo sprejeli povabilo k sodelovanju dveh, zgoraj omenjenih projektov. V fazi priprave projekta smo upoštevali vse vidike projekta: enkratnost (želeli smo narediti nekaj, česar sicer v okviru rednih dejavnosti ne moremo), organiziranost (ocenili smo trajanje in odgovorno osebo), ciljno usmerjenost (dvig kakovosti izobraževanja, izmenjava strokovnih izkušenj, medkulturni dialog, izmenjava dijakov in mentorjev), strateško umeščenost (dogovor o izpeljavi projektnega tedna na temo prijavljenih projektov) ter omejitve (delovnega zagona, časa in predvidenih materialnih sredstev smo imeli dovolj, delovni pogoji so bili odlični, denarja nismo imeli na razpolago – nosilci projekta niso imeli na razpolago finančnih sredstev za projektne partnerje). Ideje projekta in partnerje smo določili že na uvodnem srečanju v Tuheljskih Toplicah. Podatke o prijavi projektov je bilo potrebno vnesti v posebne obrazce ter jih poslati koordinatorju nosilca E-medice. Omenjeni projekt v veliki meri bazira na uporabi IKT, zato smo se dogovorili, da bomo s partnerji komunicirali preko elektronske pošte in skypa, ki prek telefonskega omrežja omogoča medsebojno komuniciranje (video ali glasovni pogovor, prenos besedilnih sporočil in datotek). Dogovorili smo vse podrobnosti posameznih projektov in sicer: naziv projekta in datum prijave, šolo, ki vodi projekt ter koordinatorje, šole, ki bodo sodelovale in mentorje projektov, ciljno skupino in dijake, cilje projekta, vsebino projekta, ostale sodelavce, mesto izvedbe, okvirno časovnico delnih in končnih rezultatov ter izmenjave dijakov in mentorjev, pričakovane rezultate in dejavnike tveganja. Dogovorili smo se, da bodo projekti dosegli cilj v okviru ob-

stoječega predmetnika in sicer delno med rednim poukom, delno v okviru interesnih dejavnosti (projektni teden), delno pa izven organiziranih oblik pouka. V fazi načrtovanja projekta smo se, kot voditelji projekta, z vodstvom šole dogovorili še precej pomembnih podrobnosti, od katerih je bilo seveda odvisno, kako se bodo projektni partnerji pri nas počutili, kakšne pogoje bivanja in dela jim bomo nudili ter kakšen medkulturni dialog in odprtost za sprejemanje raznolikosti bomo pokazali, kdo bo pri izvedbi tridnevne delavnice predstavljal tehnično pomoč, katere učilnice bodo na razpolago v času, ko planiramo aktivnosti, kdo bo kril stroške prevoza vseh dijakov in mentorjev, ko bomo šli na ogled izven kraja bivanja. Omenila sem, da nismo imeli na razpolago finančnih sredstev, zato smo se z vodstvom in računovodstvom dogovarjali, kaj je v dani situaciji možno in kaj ne. Finančne omejitve smo upoštevali že na začetku, zato ni bilo večjih racionalizacij. Komunikacija s partnerji je potekala sodelovalno, v mirnem in dobrem vzdušju. Pri vseh je bilo v ospredju dogovarjanje, predvsem je bilo čutiti veliko delovnega elana ter pozitivnega pričakovanja. Kot koordinatorica sem vse dogovore in aktivnosti sproti dokumentirala ter sodelovala s partnerji in z vodstvom šole. Poskrbeli smo za foto in video dokumentacijo, ki smo jo tudi uporabili pri obveščanju sodelavcev in socialnih partnerjev o poteku projektov. Dijaki so z mentorji poskrbeli za prepoznavno vrednost projektov z objavo oddaje po šolskem radiu, pripravili so okroglo mizo s socialnimi partnerji, nekatere izdelke smo promovirali in jih prodajali staršem in ostalim obiskovalcem na dobrodelnem bazarju. Prav tako je nastal promocijski material v obliki plakatov, zloženek ter kazal za knjige. Z objavo člankov v šolski publikaciji in lokalnem časopisu smo o aktivnostih seznanjali tudi širšo javnost. Kot rezultat enega izmed projektov je nastal predstavitveni filmček s strokovno vsebino, ki ima vsekakor izjemno edukacijsko vrednost.

4 Zaključek

Povzamemo lahko, da obstajajo številne prednosti partnerskega sodelovanja. Povsod so v ospredju želje po usvajanju novih znanj in takšnih pristopov, ki bodo z različnimi modifikacijami prenosljivi v naš pedagoški koncept. Na drugi strani pa so prisotne tudi težnje po integraciji našega znanja, zamisli in bogatih izkušenj v mozaik, ki nastaja v skupnem, mednarodnem prostoru. Ko se partnerji in zamisli povežejo, pridobijo na moči, hkrati pa se povečajo tudi prizadevanja in motivacija za doseganje ciljev. V procesu sodelovanja je, poleg izkušenj, idej, strokovnega znanja ter ustreznih pogojev, zelo pomembna pozorna in zavedna komunikacija ter razumevanje in sprejemanje posebnosti drug drugega. Na podlagi izkušenj, ki sem jih pridobila s sodelovanjem pri številnih mednarodnih projektih lahko povzamem, da je delovna klima in s tem tudi nizanje novih idej bistveno lahkotnejše v okolju in skupini, ki je spoštljivo in etično naravnana in kjer se preferirajo sodelovalne komunikacijske in organizacijske kompetence. Ko se projektna skupina razide, je pomembno, da še vedno ostane osebni občutek pripadnosti in doprinosa k skupnemu cilju. Evalvacija projektov, ki smo jih izpeljali v okviru mednarodnega projekta E-medica, je pokazala, da smo imeli za delo na razpolago ustrezne organizacijske, materialne in prostorske vire. A najpomembnej-

še, kar je ostalo po končanih aktivnostih je zavedanje, da smo dobre rezultate in s tem zastavljene cilje dosegli s spoštovanjem in podpiranjem drug drugega.

LITERATURA

1. Adelman, H. in Taylor, L. (2008). *Fostering school, family, and community involvement. Effective strategies for creating safer schools and communities.* Washington, DC, Portland, OR: Hamilton Fish Institute on School and Community Violence & Northwest Regional Educational Laboratory. Pridobljeno 11. 10. 2016, s <http://smhp.psych.ucla.edu/publications/44%20guide%207%20fostering%20school%20family%20and%20community%20involvement.pdf>.
2. E-medica. Pridobljeno 14. 6. 2013, s <http://www.e-medica.hr/hr-hr/po%C4%8Detna.aspx>.
3. Lenc, A. (2006). *Od Socratesa in Leonarda, ... do programa Vseživljenjsko učenje.* Ljubljana: CMEPIUS.
4. Marinšek, R. (2005). *eTwinning ali kako pripraviti in voditi mednarodni projekt v šoli.* Ljubljana: CMEPIUS.
5. Schollaert, R. (2006). *The meaning of educational change according to BASICS.* In R. Schollaert, P. Leenheer (Ed.), *Spiral of change.* Leuven: Lanoo Campus Publishers.
6. Sheridan, S. M., Napolitano, S. A. in Swearer, S. M. (2002). *Best practices in school-community partnerships.* V: A. Thomas in J. Grimes (Ed.), *Best practices in school psychology IV.* Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
7. Šteh, B. in Mrvar, P. (2011a). *Pomen vzpostavljanja kakovostnih medosebnih odnosov pri sodelovanju med šolo in starši.* In T. Vidmar in J. Aksman (ur.), *Pedagoško-andragoške razprave v Sloveniji in na Poljskem po prelomu stoletja.* Ljubljana: Znanstvena založba FF.
8. *What is cooperation?* (1985). Pridobljeno 10. 10. 2016, s <http://www.uwcc.wisc.edu/info/ocpap/groves.html>.

Motivacija učenika iz učeničkog doma za nastavu zdravstvene nege

UDK 373.5:159.947.5

KLJUČNE REČI: motivacija, zdravstvena nega, profesija

POVZETEK - Motivacija je složen psihološki proces, koji podstiče, usmerava i odražava ljudsko ponašanje usmereno ka nekom cilju. Zdravstvena nega kao profesionalno područje rada medicinskih sestara-tehničara od ključnog je značaja za bavljenje profesijom. Kako bi se formirao pozitivan stav prema profesiji dominantno mesto u motivaciji zauzima nastavnik Zdravstvene nege i proces učenja po modelu. Nastavnik Zdravstvene nege višestruko je odgovoran i prema sebi i prema profesiji u procesu prenošenja znanja učenicima. Đački dom je vaspitno-obrazovna ustanova namenjena učenicima koji pohađaju školu van svog mesta boravka. Empirijski smo zaključili da učenici iz đakog doma postižu zavidne rezultate iz predmeta Zdravstvene nege. Inicijalnim istraživanjem obuhvatili smo 85 učenika Srednje medicinske škole na Zvezdari u Beogradu, Srbija. Ono je pokazalo visok stepen motivacije i zanimljive motivacione faktore, koji su osnovni podsticaj u postignuću iz predmeta Zdravstvena nega. Rezultati su pokazali da socio-ekonomski faktori ne zauzimaju važno mesto u motivaciji učenika u učeničkom domu tokom nastave Zdravstvene nege. Takođe smo utvrdili da udaljenost od porodice ne utiče na motivaciju učenika, što nije bio očekivani nalaz i izostanak uticaja ovih faktora na motivaciju svedoči o samom odrastanju i sazrevanju učenika pošto se sa godinom školovanja sve više smanjuje njihov uticaj.

UDK 373.5:159.947.5

KEY WORDS: motivation, nursing care, profession

ABSTRACT - Motivation is a complex psychological process, which encourages, directs and reflects human behaviour towards a goal. Nursing, as a specialist field of work for nurses-technicians, is crucial for practising this career. In order to form a positive attitude towards the profession, the nursing teacher and model-based learning have an essential role in motivation. The nursing teacher has multiple responsibility, being responsible to both themselves and the profession, in the process of transferring knowledge to students. The student home is an educational institution aimed at students attending school outside their place of residence. Based on our experience we concluded that students in the student home achieve enviable results at the Nursing course. The initial survey included 85 students from the Secondary Medical School in Zvezdara, Belgrade, Serbia. The survey found a great degree of motivation and intriguing motivational factors, which constitute the basic incentive for achieving good results in the Nursing course. The findings show that social and economic factors do not play an important part in motivating the students in student homes for the study of Nursing. We have also established that being remote from the family does not affect students' motivation, which was not a finding we had expected to obtain. The failure of these factors to affect motivation testifies to the growing up and maturing of students, as these effects decrease with the year of schooling.

1 Teorijska razmatranja

1.1 Pojam i značaj motivacije

Motivacija je složen psihološki proces koji podstiče, usmerava i održava ljudsko ponašanje usmereno ka nekom cilju. Motivi su unutrašnji podsticaji ili regulatori neke aktivnosti (Trebješanin, 2006). Motivi mogu biti primarni (nasleđeni) i sekundarni (stečeni tokom života), ali i homeostatički (glad, žeđ, zadovoljenje seksualnog nagona) i nehomeostatički (gregarni, altruistički, afilijativni), biološki, socijalni i lični.

Motiv za postignućem važan je za razne delatnosti pojedinca za sportski uspeh, poslovni uspeh, školski uspeh. Značaj ovog motiva raste sa uzrastom. Stiće se učenjem u socijalnoj sredini. Neki autori smatraju da na razvoj ovog motiva utiču način i sadržaj vaspitanja dobijenog u porodici, kao i vrednosti koje se postavljaju i cene u određenoj kulturi. Istraživanja pokazuju povezanost ovog motiva sa relativnom strogošću roditelja, deca koja su smatrala da su njihovi roditelji stroži pokazuju izraženiji motiv za postignućem. Deca koja imaju više obaveza i odgovornosti za iste imaju izraženiji ovaj motiv. Međutim, neki autori smatraju da na ove načine ne dolazi do autentičnog razvoja motiva za postignućem već da dolazi samo do ispoljavanja onog što je upornim vežbanjem stečeno (Ranković i Vasiljević, 2015).

Cilj u obrazovnom procesu je da učenik spozna svoje mogućnosti. Postignuće je različito za svakog učenika. Da bi učenik stigao do cilja vrlo su bitni uslovi pod kojima radi. Potrebno je da se dobro osećaju i da formiraju pozitivne stavove i ugrade ih u svoj sistem vrednosti. U nalasku identiteta u adolescentnom dobu veliki uticaj ima okruženje u kom se nalaze. Ako im okruženje donosi frustracije i probleme, dolazi do formiranja negativnih stavova, vrlo često vodi u agresiju, delinkventno ponašanje i formiranje raznih zavisnosti.

Škola je mesto gde bi trebalo isključiti prisilu, jer u tom slučaju ne dolazi do dobrih rezultata. Prisila ocenom je jako loša iako se ističe kao odraz učenikovog znanja. Nastavnici neretko smatraju da se na njih vrši pritisak da poklanjaju ocene, a za nastavnike koji imaju više dobrih ocena smatra se da su poklonili ocene. Zanemarena je motivacija. Ako se učeniku omogući da spozna, razvije i iskoristi svoje mogućnosti biće bolje motivisan i postizaće bolje rezultate.

Učenici očekuju da budu nagrađeni za svoj trud. Ako se učeniku stalno smanjuje ocena, može izgubiti volju za učenjem. Javlja se obostrano nezadovoljstvo i kod učenika i kod nastavnika. Svaka ocena mora biti obrazložena. Ako je ocena između 4 i 5 učenika treba nagraditi i dati 5, lako je dati za sledeći odgovor 4 ako nije odličan. Na taj način učenik stiće utisak da nastavnik stalno prati njegov rad (Ranković Vasiljević, 2015).

Učenici koji imaju razvijen motiv za postignućem (Rot, 2010):

- brže i lakše zapažaju objekte i situacije koje dovode do ostvarenja nekog cilja,
- imaju bolje sećanje na neuspehe,
- ređe su podložni konformizmu,
- pripremaju se za određena zanimanja,
- planiraju na duži rok.

1.2 Podsticaji za učenje

Podsticaji za učenje predstavljaju faktore koji podižu motivaciju učenika za učenje. Postoje spoljašnji (nagrada, napredovanje u struci) i unutrašnji faktori koji utiču na motivaciju (radoznalost, motiv za postignućem, takmičenje).

Podsticaji koji se mogu izdvojiti su:

- Rok* - Vremenski blizak rok poboljšava motivaciju za učenje. S druge strane vremenski udaljen rok utiče na bolje zadržavanje naučenog.
- Interesovanje za gradivo* - Učenici bolje uče, pamte i razumevaju gradivo za koje

su zainteresovani. Međutim, u praksi se dešava da se nastavnici često sreću sa niskim nivoom zainteresovanosti učenika za gradivo. Ovaj faktor nije nepromenljiv. Nastavnik može da probudi interesovanje učenika tako što će gradivo, da bi izbegao otpore ili doživljaje da je gradivo suviše komplikovano, da poveže sa nečim poznatim, poveže sa praksom, sa svakodnevnim životom ili situacijom u kojima znanje može biti iskorišćeno.

- *Poznavanje rezultata* - Poznavanje rezultata koje učenik postiže u određenoj oblasti je podsticajno sredstvo za dalje napredovanje. Odatle kontinuirano ocenjivanje ima veliki uticaj na motivaciju za nova učenja.
- *Pohvala i pokuda* - Elizabet Harlok je izvršila eksperiment koji trajao pet dana. Učenici su rešavali relativno jednostavne aritmetičke zadatke. Bili su podeljeni u četiri grupe. Prva grupa (kontrolna grupa) radila je zadatke u posebnoj učionici i nije znala za postojanje ostale tri grupe. Ovi učenici nisu dobijali povratnu informaciju od strane nastavnika. Učenici iz druge učionice su podeljeni u tri grupe. Prva grupa je konstantno dobijala pohvale. Učenici su nasumično izvođeni i pred celim odeljenjem su hvaljeni. Učenici druge grupe su kritikovni, dok su učenici treće grupe ignorisani, nisu dobijali ni pohvale ni pokude. Rezultati: Učenici prve grupe su prvih dana bili relativno uspešni, a onda je uspešnost počela da opada. Međutim, zadnjeg dana su postizali rezultate kao prvog dana. Učenici iz hvaljene grupe su iz dana u dan napredovali i postizali sve bolje rezultate. Učenici iz kritikovane grupe su u početku napredovali, nadajući se pohvali, a onda su počeli bivati neuspešni. Ignorisani učenici imali su slabije rezultate od hvaljene i kritikovane grupe, ali su njihovi rezultati bili bolji od rezultata prve, izdvojene grupe. Iz ovih rezultata se može zaključiti da je pohvala znatno bolje motivaciono sredstvo.
- *Saradnja i takmičenje* - Eksperimenti su pokazali da bolje rezultate postižu učenici koji rade za sebe od učenika koji rade u grupi. Može se zaključiti da je takmičenje bolji podsticaj nego saradnja. Najbolji podsticaj jeste ipak takmičenje sa samim sobom - stimulisati učenika da sa svakim postignućem poželi još veći nivo postignuća.
- *Uspeh i neuspeh* - Neuspeh u učenju, naročito ako se dešava u nizu, utiče na smanjenje motivacije. Učenici koji su nesigurni u svoje sposobnosti naročito negativno reaguju na neuspehe jer potvrđuju njihove strahove. Nastavnici treba da ulože velike napore da bi izbegli ovakve situacije, obraćajući pri tom pažnju da li je učenička reakcija autentična (dešava se da učenici ne žele da pokažu koliko im je stalo do ocene).
- *Nivo aspiracije (ambicije)* - Postoje dva tipa aspiracija prilagodljiva i rigina. Prilagodljiva aspiracija se zasniva na ličnom iskustvu i vezana je za iskustva uspešnosti odnosno neuspešnosti u nekoj aktivnosti (učenju). Uspešni učenici podižu svoja očekivanja i ambicije nakon sopstvenog postignuća. Uspeh podiže aspiraciju a neuspeh smanjuje. Rigidna aspiracija ne zavisi od toga da li osoba postiže ili ne postiže rezultate, nivo aspiracije je uvek isti. Rigidan nivo aspiracije može da bude daleko iznad ili ispod čovekovih stvarnih sposobnosti - čovek sebe potcenjuje ili precenjuje.

Podsticaji za učenje ne deluju isto na sve učenike. Nastavnik treba da pokuša da upozna svakog učenika i da razume koji podsticaji imaju najviše efekata na njega (Suzić, 1995).

1.3 Učenici u đaćkom domu

Dom učenika Srednjih škola u Beogradu je vaspitno-obrazovna ustanova namenjena učenicima koji pohađaju školu van svog mesta boravka. On im obezbeđuje smeštaj, ishranu, uslove za učenje i realizaciju vaspitno-obrazovnih aktivnosti, zabavu, sportski život. Vaspitnu grupu čine: pomoćnik direktora za vaspitni rad, šef službe, stručni saradnici – pedagog i psiholog, bibliotekar i vaspitači.

Vaspitači obavljaju stručno pedagoške poslove vezane za učenike:

- planiraju, organizuju i realizuju vaspitni rad,
- upoznaju, prate i unapređuju školske uspešnosti,
- navikavaju učenike na samostalno učenje i intelektualni rad,
- upoznaju učenike sa metodama i tehnikama efikasnijeg učenja,
- artikulišu slobodno vreme (informiše učenike, savetuje, upućuje, objašnjava),
- razvijaju stvaralačke navike uključujući ih u sve domske aktivnosti.

U đaćkom domu su organizovane različite sportske sekcije (košarka, mali fudbal, odbojka, stoni tenis, strljaštvo, šah, plivanje), rekreativni program (orjentiring, svetski dan pešačenja, jednodnevni i višednevni izleti, plivanje, klizanje, skijanje i snoubord), zabavni program (kvizovi, maskemal, žurke), sekcije iz kulturno-umetničke delatnosti.

Vaspitači u domu pomažu u otklanjanju uzroka vaspitno-disciplinskih problema, učestvuju u razvoju komunikativnih sposobnosti učenika, uče ih nenasilnoj komunikaciji, usmeravaju ih na konstruktivno rešavanje sukoba, da odgovaraju za sopstvene postupke. Vaspitač kontroliše učenika u redovnosti pohađanja nastave, saraduje sa školom i roditeljima.

Vaspitni tim ima za cilj da učenik bolje spozna sebe, da razvije lične kompetencije, stekne socijalna saznanja, da postigne što bolju motivaciju u nastavnom procesu zdravstvene nege (Rot, 2010). Učenik razvija samostalnost, odgovornost, sposobnost da živi sa ljudima iz različitih kulturoloških sredina, kreativnost.

1.4 Nastava zdravstvene nege

Zdravstvena nega je profesionalno područje rada medicinske sestre. Prema Mileni Tijanić, Zdravstvena nega je disciplina i praksa medicinske sestre u pružanju profesionalne pomoći pojedincu, porodici i zajednici, kada njima nedostaje snaga, volja ili znanje, na svim nivoima zdravlja, od začeca do kraja života, s ciljem da zaštiti i unapredi zdravlje, razvije sposobnost i samonegu, ili da im pomogne da prihvate svoja ograničenja, tuđu pomoć, da dostojanstveno žive i dočekaju miran kraj.

Zadaci Zdravstvene nege kao nastavnog predmeta

Obrazovni zadaci nastave imaju za cilj da kroz nastavu omoguće učenicima sticanje znanja, veština i navika u skladu sa propisanim programom. Funkcionalni zadaci od-

nose se na razvijanje ljudskih sposobnosti, glavna pažnja je usmerena na psihofizički razvoj učenika, jer stečena znanja koja ne deluju na razvoj sposobnosti nisu od koristi ni za učenika ni za društvo. Vaspitni zadaci obavezuju školu na jedinstvo obrazovno-vaspitnog procesa i zavise od društvenih prilika, od razvijenosti i civilizovanosti društva. U jednom delu zdravstvene nege vaspitni zadaci su ostali isti (humanost, poštovanje ličnosti pacijenta, altruizam i dr.), a u drugom delu je došlo do izmene i medicinska sestra postaje umesto poslušna i izvršioca naloga, kreativna, čini ono što je u interesu bolesnika. Nastava zdravstvene nege postaje usklađena sa savremenim zahtevima profesije medicinske sestre (Ranković Vasiljević, 2015).

2 Metodologija istraživanja

2.1 Cilj istraživanja

Sagledati kakva je motivisanost učenika medicinske škole koji borave u đaćkom domu za učenje predmeta Zdravstvena nega.

2.2 Zadaci istraživanja

Utvrđiti koji faktori u učeničkom domu utiču na motivaciju učenika za nastavu Zdravstvene nege.

Utvrđiti uticaj socio-ekonomskih faktora koji utiču na motivaciju učenika u učeničkom domu za nastavu Zdravstvene nege.

Ispitati da li na motivaciju učenika u đaćkom domu utiče udaljenost od porodice.

Ispitati uticaj vaspitača i pedagoga na motivaciju učenika u učeničkom domu za nastavu Zdravstvene nege.

2.3 Metode i tehnike

- Deskriptivna metoda
- Opservaciono indirektna metoda - anketa
- Tehnika: anketiranje

2.4 Instrument

Anketni list kreiran za potrebe ovog istraživanja sadrži 21 pitanje, jedno otvorenog, 16 zatvorenog tipa i 4 kombinovana.

2.5 Populacija

Učenici prvog i četvrtog razreda Medicinske škole na Zvezdari koji žive u učeničkom domu.

2.6 Uzorak i veličina uzorka

Istraživanje je obavljeno u Medicinskoj školi na Zvezdari sa učenicima prvog i četvrtog razreda koji žive u učeničkom domu. Anketirano je 48 učenika prvog razreda i 37 učenika četvrtog razreda. Uzorak je slučajna.

2.7 Mesto i vreme istraživanja

Istraživanje je obavljeno u Medicinskoj školi u Beogradu, Veljka Dugoševića bb, Zvezdara, u maju 2016. godine.

3 Rezultati istraživanja

U ovom radu će biti predstavljen manji deo najznačajnijih rezultata inicijalnog istraživanja stavova učenika iz učeničkog doma o motivisanosti za učenje premeta Zdravstvena nega.

Tabela 1: Distribucija podataka o motivacionim faktorima za učenje I i IV razred

Motivacioni faktori	I razred		IV razred	
	Broj	Procenat	Broj	Procenat
Učim zbog sebe	19	39,58	34	91,89
Učim zbog roditelja	2	4,16	3	8,11
Učim zbog dobijanja doma	26	54,16	0	0
Učim zbog razreda	1	2,08	0	0
Ukupno	48	100	37	100

U komparaciji učenika četvrtog razreda sa učenicima prvog razreda možemo uočiti da proces sazrevanja nosi sa sobom i novi način shvatanja vrednosti, pa tako učenici četvrtog razreda uče zbog sebe 92 %. Zaključićemo da lični motiv koji doprinosi vrednovanju, razvoju i isticanju sopstvene ličnosti, dolazi do izražaja. Učenici imaju potrebu za sopstvenim identitetom, potrebu da budu uvaženi od vršnjaka, imaju motiv za postignućem i motiv za samopotvrđivanjem, kako u svojim očima tako i u očima drugih.

Tabela 2: Distribucija podataka o uticaju udaljenosti od porodice na motivaciju učenika I i IV razreda

Uticaj udaljenosti od porodice	I razred		IV razred	
	Broj	Procenat	Broj	Procenat
Ne utiče, navikao/la sam se	17	35,41	30	81,08
Da, vrlo često mislim na roditelje	31	64,59	7	18,92
Ukupno	48	100	37	100

Kada izvršimo komparaciju odgovora ispitanika prvog i četvrtog razreda uočavamo da udaljenost od porodice utiče na mlađe učenike, a kasnije njihovim odrastanjem smanjuje se uticaj ovog faktora. Možemo zaključiti da su učenici razvili samostalnost, odgovornost, kreativnost, naučili su da artikuliraju i slobodno vreme.

Učenici prvog razreda još nisu adaptirani na novu sredinu, 79 % učenika ide nedeljno kući. Učenici četvrtog razreda idu kući jednom mesečno, ili ređe. Kasnije dolazi do bolje adaptacije, bolje socijalizacije i njihove potrebe su sada usmerene na bolje postignuće u nastavnom procesu Zdravstvene nege. Učenici su razvili samostalnost i nezavisnost u postizanju ciljev u odnosu na učenike prvog razreda.

Tabela 3: Distribucija podataka o učestalosti odlazka kući učenika I i IV razreda

Odlazim kući	I razred		IV razred	
	Broj	Procenat	Broj	Procenat
Nedeljno	38	79,16	5	13,51
Mesečno	9	18,75	17	45,94
Ređe	1	2,08	10	27,02
Kada se zaželim	0	0	5	13,51
Ukupno	48	100	37	100

Tabela 4: Distribucija podataka o načinu na koji učenike I i IV razreda motivišu vaspitač i pedagog za nastavni proces zdravstvene nege

Motivacija pedagoga i vaspitača	I razred		IV razred	
	Broj	Procenat	Broj	Procenat
Uvek nas ohrabre	4	8,33	4	10,81
Pomažu nam kada imamo problem	13	27,08	27	72,97
Dobijamo nagrade	3	6,25	3	8,10
Pokazuju nam najbolje metode učenja	25	52,08	2	5,40
Učestvovanje u sekcijama i domijadi	3	6,25	1	2,70
Ukupno	48	100	37	100

Poredeći stavove učenika prvog i četvrtog razreda uvidamo da vaspitač i pedagog motivišu učenike prvog razreda pokazujući im najbolje tehnike učenja, a učenike četvrtog razreda motivišu tako što im pomažu da reše probleme koji su im barijera za dobro postignuće (73 % učenika).

4 Zaključak

Iz svega iznetog u ovom radu možemo zaključiti da su učenici srednje medicinske škole, koji žive u učeničkom domu, veoma motivisani za učenje predmeta Zdravstvena nega. Bez obzira na to da li su prvi ili četvrti razred srednje škole shvataju važnost ovog nastavnog predmeta i važnost polja delovanja zdravstvene nege za svoje buduće zanimanje.

Ne možemo zanemariti uticaj iskustva i zrelosti te i razlike u stavovima između učenika prvog i četvrtog razreda obuhvaćenih ovim istraživanjem. Uočavamo da na primer udaljenost od porodice više utiče na mlađe učenike, dok se kasnije, njihovim odrastanjem smanjuje uticaj ovog faktora. Učenici četvrtog razreda su razvili samostalnost, odgovornost, kreativnost, naučili su da bolje artikuliraju i svoje slobodno vreme.

Konačno, u komparaciji učenika četvrtog razreda sa učenicima prvog razreda možemo uočiti da proces sazrevanja nosi sa sobom i novi način shvatanja vrednosti i značaja usvajanja nastavnih sadržaja, pa tako učenici četvrtog razreda uče zbog sebe u najvećem procentu (čak 92 %), za razliku od učenika prvog razreda koji pre svega uče zbog uspeha koji im garantuje dobijanje učeničkog doma (njih preko 50 %) dok tek 1/3 ispitivanih uči zbog sebe. Zaključićemo da lični motiv koji doprinosi vredno-

vanju, razvoju i isticanju sopstvene ličnosti, dolazi do izražaja. Učenici imaju potrebu za sopstvenim identitetom, potrebu da budu uvaženi od vršnjaka, imaju motiv za postignućem i motiv za samopotvrđivanjem, kako u svojim očima tako i u očima drugih. Bilo bi veoma značajno u budućnosti istražiti na većem uzorku ispitivani fenomen kao i stavove roditelja učenika koji žive u učeničkom domu o pitanjima vezanim za motivaciju za učenje njihove dece.

LITERATURA

1. Ranković Vasiljević, R. (2015). Metodika i organizacija nastave zdravstvene nege. Beograd: Visoka zdravstvena škola strukovnih studija.
2. Rot, N. (1967). Psihologija ličnosti. Beograd: Zavod za učbenike.
3. Rot, N. (2010). Osnovi socijalne psihologije. Beograd: Zavod za udžbenike.
4. Suzić, N. (1995). Osobine nastavnika i odnos učenika prema nastavi. Banja Luka: Narodna i univerzitetska biblioteka »Petar Kočić«.
5. Tijanić, M., Djuranović, D., Rudić, R. i Milović, L. (2010). Zdravstvena nega i savremeno setrinstvo. Beograd: Naučna Knjiga.
6. Trjebješanin, Ž. (2006). Leksikon psihoanalize. Beograd: Službeni glasnik.

Mišljenje studenata o osobama s invaliditetom

UDK 378:316.65-056.26

KLJUČNE RIJEČI: zdravstveni djelatnici, mišljenje studenata, osobe s invaliditetom

POVZETEK - Socijalni model skrbi za osobe s invaliditetom podrazumijeva izjednačavanje mogućnosti i osiguravanje prava u svim segmentima života. Zabrinjavajuća je spoznaja da su stavovi prema osobama s invaliditetom još uvijek nepovoljni i oni se očituju u odnosu i načinu pružanja profesionalnih usluga. U cilju podizanja kvalitete skrbi za osobe s invaliditetom, u formalne oblike obrazovanja uvedeni su sadržaji koji unapređuju profesionalne kompetencije zdravstvenih djelatnika u odnosu na oblike i stupnjeve invaliditeta. Za potrebe ovog rada provedeno je istraživanje na prigodnom uzorku studenata ($N = 269$) on-line upitnikom, a dobiveni podaci obrađeni su SPSS statističkim programom. Faktorska analiza provedena je oblimin rotacijom. Cilj istraživanja bio je ispitati mišljenja studenata o osobama s invaliditetom i utvrditi postoje li razlike među studentima u odnosu na smjer studija i srednjoškolsko obrazovanje. Dobiveni su podaci koji ukazuju na pozitivnije usmjerena mišljenja o osobama s invaliditetom i mogućnosti koje im se pružaju.

UDC 378:316.65-056.26

KEY WORDS: healthcare professionals, student opinions, persons with disabilities

ABSTRACT - The social model of care for people with disabilities implies the equalisation of opportunities and the provision of rights in all aspects of life. It is concerning that the professional attitudes towards persons with disabilities are still unfavourable and they are often manifested in relation of providing professional services. In order to improve the quality of professional care for people with disabilities, formal education contains features that enhance the competencies of health professionals in relation to the forms and degrees of disability. For the purposes of this study, research was performed on a sample of students ($N = 269$) using an online questionnaire. The SPSS statistical program was used for data and results analysis. The aim of this study was to examine the students' knowledge and opinions about people with disabilities and to determine whether there were differences among the students in relation to the study field and previous education. The obtained results indicate positive opinions about people with disabilities and the possibilities in everyday living.

1 Uvod

Procesom razvoja društva mijenjaju se mišljenja i odnos prema osobama koje se razlikuju od većine u pojedinom ili u više segmenata pa tako i prema osobama s invaliditetom. Kroz povijest zajednica se prema osobama s invaliditetom odnosila različito, ovisno o stupnju ekonomskog i kulturnog razvoja te niza drugih okolnosti, od potpuno nehumanog odnosa i stigmatizacije, ignoriranja i pasivnog stava, do integracije i jednakih mogućnosti (Žunić, 2001). Danas je prihvaćen socijalni model kojim se prepoznaju potrebe pojedinca kako bi mogao preuzeti kontrolu nad svojim životom i potrebama te participirati u društvu.

Iako se odnos prema osobama s invaliditetom mijenjao kroz povijest i danas unatoč pravima i mogućnostima ostaju okarakterizirani kao najmanje obrazovana, uglavnom nezaposlena i najsiromašnija skupina u društvu (Petek, 2010) što je u skladu s postojećim indikatorima otežanog zapošljavanja osoba s invaliditetom kao što su suficitarnost stečenih zvanja, te niža formalna razina obrazovanja u odnosu na ostatak populacije (Paun Jarallah, 2008). Iz ovoga se može zaključiti da povećanjem formalne

razine obrazovanja, osobe s invaliditetom mogu steći tražena zvanja čime se otvara mogućnost smanjenja stope nezaposlenosti osoba s invaliditetom. Clarke i Crewe (2000) smatraju da negativni stavovi društva pogoduju ponašanju koje stvara, pojačava i utemeljuje društvene prepreke prema osobama s invaliditetom sprječavajući njihovo uključivanje u mnoge životne aktivnosti, među kojima su zapošljavanje i rad. Invaliditet narušava prostorni integritet samoga čovjeka pri čemu se kao posljedica javlja otežana komunikacija osobe s invaliditetom i njegove okoline. Današnji brz razvoj tehnologije i znanosti, kao i njihova primjena u svakodnevnom životu i radu, dovode do brojnih pozitivnih, ali i do značajnih negativnih promjena u odnosu na tjelesno i mentalno zdravlje. Bat (2010) navodi da su u suvremenom društvu, teorije i prakse rehabilitacije osoba s intelektualnim, psihičkim i motoričkim teškoćama snažno usmjerene prema njihovom potpunijem uključivanju u životnu zajednicu.

Dokazano je postojanje različitih mišljenja ljudi o osobama s različitim oblicima invaliditeta. Clorckers (2001) tvrdi da žene u većini slučajeva pokazuju pozitivniji stav prema osobama s invaliditetom nego muškarci. Istraživanja (Ashman, 1984; Furnham i Pendred, 1983; Woodward, 1985; prema Gosden Kitchen, 2007) potvrđuju kako i djeca i odrasli imaju pozitivnije stavove prema osobama s fizičkim invaliditetom nego prema osobama s psihičkim bolestima i poremećajima. Svakako, ono što doprinosi isključivanju osobe s teškoćama iz sudjelovanja u društvenim aspektima su neznanje, predrasude i strahovi koji prevladavaju u društvu. Massie (2006; prema Hannon, 2007) tvrdi da stereotipni i negativni stavovi, počevši od sažaljenja i straha, preko niskih očekivanja o tome što osobe s invaliditetom mogu, drže ljude na distanci u odnosu na osobe s invaliditetom. Stavovi se formiraju na osnovu iskustva u neposrednom kontaktu s pojedinom osobom i u interakciji sa socijalnom okolinom. Iako su stavovi dosta trajni, pod utjecajem izmijenjenih okolnosti i novih iskustava oni se mogu mijenjati (Leutar i Štambuk, 2006), a posebice ukoliko su promjene usmjerene na kognitivni aspekt stavova. Mijenjanje stavova složen je i dugotrajan proces koji se velikim dijelom zasniva na iskustvu. Promjene stavova društva zahtijevaju stvaranje uvjeta u kojima će doći do interakcije između osoba s teškoćama i osoba bez teškoća u razvoju. Istraživanja pokazuju da osobe s visokom razinom iskustva u smislu interakcije s pojedincima s invaliditetom imaju pozitivnije stavove prema osobama s invaliditetom kao i da je interakcija s vršnjacima s invaliditetom najučinkovitija metoda u promjeni stavova prema osobama s invaliditetom. Navedena teorija pokazuje da se mišljenja pojedinaca mogu mijenjati, pozitivno ili negativno, ovisno o vrsti i strukturi planirane aktivnosti ili drugog utjecaja (Gosden Kitchen, 2007). Li, Wu i Ong (2014) navode da pojedinci koji imaju učestalije kontakte s osobama s invaliditetom imaju i pozitivnija mišljenja prema tim osobama u usporedbi s pojedincima koji imaju manje učestale kontakte s osobama s invaliditetom što u nekoj mjeri može biti povezano i s trenutnim postojećim stavovima.

Također, istraživanja pokazuju da se stavovi prema osobama s invaliditetom posljednjih godina mijenjaju u pozitivnom pogledu, međutim negativni stavovi i društveno neprihvatanje osoba s invaliditetom još uvijek postoje te su prepoznati kao

prepreke za postizanje uspjeha osoba s invaliditetom u društvenom, obrazovnom i profesionalnom kontaktu (White i sur., 2006; prema Gosden Kitchen, 2007).

U više istraživanja (Alborz idr., 2005; Brown idr., 2010; prema Shields i Taylor, 2014) pokazalo se kako negativni stavovi prema osobama s invaliditetom među zdravstvenim osobljem mogu smanjiti učinkovitost intervencije ili dovode do toga da zdravstveni djelatnik ne pruža pomoć ili tretman osobi s invaliditetom, misleći da ih nije opravdano dati toj osobi. Postoji niz istraživanja koja su ispitivala stavove studenata sestrinstva i uspoređivala ih sa stavovima ispitanika iz opće populacije (Gething, 1992; Paris, 1993; Tervo idr., 2004; prema Ten Klooster idr., 2009; Matziou idr., 2009) koja potvrđuju da studenti sestrinstva imaju negativnije stavove prema osobama s invaliditetom u odnosu na opću populaciju zdravstvenih djelatnika koji se ipak ne mogu generalizirati.

Osobe s invaliditetom nerijetko izvještavaju o nezadovoljstvu pruženom zdravstvenom njegom koja proizlazi iz neodgovarajućeg osobnog kontakta opisanog pokrovi-teljским i obespravljajućim (Byron, Cockshott, Brownett i Ramkaiawan, 2005) ali i nedovoljnih profesionalnih kompetencija vezanih uz specifična obilježja osoba s po-jedinom vrstom invaliditeta.

2 Metodologija

Cilj istraživanja bio je ispitati mišljenja studenata o osobama s invaliditetom i utvrditi postoje li razlike među studentima u odnosu na smjer studija i srednjoškolsko obra-zovanje.

Za potrebe ovog rada provedeno je istraživanje na prigodnom uzorku studenata (N = 269) unutar studentske populacije Sveučilišta Sjever, Sveučilišta u Zadru, Sveučilišta u Splitu i Visoke tehničke škole u Bjelovaru. Anketa je ispitanicima bila dostupna tijekom prosinca 2015. godine i siječnja 2016. godine kao Google docs obrazac. Sud-jelovanje u istraživanju bilo je anonimno i dobrovoljno.

On-line anketni upitnik izrađen je za potrebe ovog istraživanja sadrži ukupno 49 pi-tanja od kojih su 7 opći podaci o ispitanicima, dok su ostalo tvrdnje. Za ocjenjivanje slaganja s tvrdnjama korištena je peto-stupanjska Likertova ljestvica s kategorijama odgovora 1-5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem, niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem se, a 5 - u potpunosti se slažem).

Dobiveni podaci obrađeni su SPSS statističkim programom SPSS verzija 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

3 Rezultati

Podatci su prikazani frekvencijama, aritmetičkom sredinom i standardnom devijaci-jom ($X \pm SD$) ili medijanom (M) i 5-tim i 95-tim percentilom, ovisno o raspodjeli

podataka. Čestice iz upitnika podvrgnute su faktorskom analizom glavnih komponenti (Principal components) s oblimin rotacijom. Analizom je izlučeno 6 faktora, međutim korelacije među faktorima bile su iznimno visoke ($r > 0,70$) te je odlučeno upitnik tumačiti kao 1 faktor. Za potrebe daljnje analize, čestice obrnutog smisla su rekodirane, te su bodovi ostvareni na svakoj čestici zbrojeni u jedinstveni ukupni rezultat ostvaren u upitniku. Razlike u ukupnom broju bodova postignute na ispitu ispitane su Studentovim t-testom između dvije skupine, a jednosmjernom analizom varijance (ANOVA) za više skupina. Kao post hoc test korišten je Student-Newman-Keuls test. Značajnost razlike određena je na $P < 0,05$. Faktorska analiza učinjena je metodom Principal components uz Oblimin rotaciju.

Uvjeti za računanje faktorske analize bili su zadovoljeni kao što je prikazano u tablici 1.

Tablica 1:

<i>KMO and Bartlett's Test</i>		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,682	
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1377,694
	df	666
	Sig.	,000

U tablici 2. prikazane su neke varijable čiji sadržajni aspekti i dobiveni rezultati upućuju na trenutno poznavanje rada s osobama s invaliditetom, ali i odnos studenata prema pojedinim segmentima socijalnog funkcioniranja osoba s invaliditetom.

Uvjeti za odabir broja faktora bili su Scree-plot i tumačenje pojedinog faktora. Numeričke varijable podvrgnute su provjeri normalnosti distribucije Kolmogorov-Smirnov testom. Varijable koje zadovoljavaju uvjet normalnosti distribucije prikazane su aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom. Varijable koje ne zadovoljavaju uvjet normalnosti distribucije prikazane su Medijanom i 5-tim i 95 tim percentilom.

Hi-kvadrat testom je utvrđeno da ne postoji statistički značajna razlika između muških i ženskih ispitanika s obzirom na grad u kojemu žive ($\chi^2 = 5,99$, $P = 0,111$), s obzirom na dobnu skupinu ($\chi^2 = 0,98$, $P = 0,807$), na drugo visokoškolsko obrazovanje ($\chi^2 = 19,72$, $P = 0,476$), obzirom na radni status ($\chi^2 = 5,30$, $P = 0,257$) te da ne postoji statistički značajna razlika između dobnih skupina ispitanika s obzirom na oblik invaliditeta koji bi mogle imati osobe u njihovom budućem zanimanju ($\chi^2 = 18,24$, $P = 0,440$).

Prosječan zbroj ukupnog rezultata na upitniku Odnos prema osobama s invaliditetom iznosio je $113 \pm 9,7$ bodova. Mogući raspon bio je od 37 do 185 bodova. Manji broj bodova na upitniku upućuje na lošiji odnos prema osobama s invaliditetom, dok više rezultat upućuje na bolji odnos prema osobama s invaliditetom. Raspon bodova postignut u našem istraživanju bio je od najmanje 91 do najviše 146 bodova.

Odnos ispitanika prema osobama s invaliditetom nije se razlikovao obzirom na spol ispitanika ($t = 0,52$, $P = 0,603$), dob ($F = 0,761$, $P = 0,517$), studijski smjer ($F = 1,41$, $P = 0,146$) i srednjoškolsku spremu ispitanika ($F = 1,46$, $P = 0,056$).

Tablica 2:

<i>Pitanje</i>	<i>Medijan</i>	<i>Percentili (5 – 95)</i>
<i>Rang odgovora 1–5</i>		
Rastužuje me kad su nemoćni uraditi ono što žele.	5	3–5
Frustrira me što ne znam kako pomoći.	4	1–5
Imam dovoljno znanja o osobama s teškoćama i invaliditetom.	3	1–5
U kontaktu s osobama s invaliditetom ponašam se uobičajeno i ignoriram njihove teškoće.	3	1–5
Ugodno mi je u društvu osoba s invaliditetom	4	3–5
Svjestan sam većine problema s kojima se suočavaju osobe s invaliditetom.	4	2–5
Siguran sam u svoje ponašanje prema osobama s invaliditetom u odnosu na njihov invaliditet.	4	2–5
Divim se njihovim sposobnostima suočavanja s problemima.	5	3–5
Osjećam sažaljenje prema osobama s invaliditetom.	3	1–5
Invaliditet me sprječava da ih upoznam kao osobe.	1	1–4
Plaši me da ću i ja postati osoba s invaliditetom.	3	1–5
Velika je nesreća imati bilo kakvu teškoću/invaliditet.	3	1–5
Osobe s invaliditetom obično su prijateljski raspoložene.	4	2–5
Osobe s invaliditetom trebalo bi osloboditi financijskih izdataka za zdravstvene usluge.	5	2–5
Osobe s invaliditetom su osjećajnije od drugih.	3	1–5
Za osobe s invaliditetom uobičajeno je da imaju prosječan društveni život.	3	1–5
Osobe s invaliditetom su vrlo uredne.	3	2–5
Osobe s invaliditetom su arogantne.	2	1–3
Osobe s invaliditetom uvijek očekuju poseban tretman.	3	1–4
Mislim da je najgore imati tjelesni invaliditet.	3	1–5
Većina osoba s invaliditetom osjeća samosažaljenje.	3	1–4
Osobe s invaliditetom preferiraju društvo drugih osoba s invaliditetom.	3	1–5
Pošteno je uključiti osobe s invaliditetom u sve segmente društvenog života lokalne zajednice.	5	3–5
Osobe s invaliditetom manipuliraju svojom okolinom u svrhu postizanja vlastitih ciljeva.	2	1–4

Odnos ispitanika prema osobama s invaliditetom razlikuje se s obzirom na godinu studiranja ($F = 4,04$, $P = 0,001$). Post-hoc testom utvrđeno je da studenti treće godine studija imaju statistički značajno viši zbroj bodova od ispitanika prve godine ($X = 115$ vs $X = 110$, $P < 0,05$) i da su studenti četvrtе godine imali statistički značajno viši zbroj bodova ($X = 124$) od studenata prve, druge i treće godine ($X = 110$; $X = 113$; $X = 115$, $P < 0,05$) što upućuje na zaključak o povoljnom djelovanju odslušanih kolegija o osobama s posebnim potrebama koji se slušaju na višim godinama studija.

Među ispitanicima postoje značajne razlike obzirom na grad u kojemu žive ($F = 18,05$, $P < 0,001$). Ispitanici iz Varaždina imaju statistički značajno niže rezultate na upitniku

($X = 110$) u odnosu na ispitanike iz Bjelovara ($X = 120$), Splita ($X = 118$) i Zadra ($X = 116$) ($P < 0,05$).

Nadalje, upitnik Odnosa ispitanika prema osobama s invaliditetom utvrđuje razlike s obzirom na trenutno poznavanje rada s osobama s invaliditetom ($F = 3,01$, $P = 0,019$). Post-hoc testom utvrđeno je da ispitanici koji su vlastito trenutno poznavanje rada s osobama s invaliditetom procijenili kao dobro ($X = 114$), imaju statistički značajno veći broj bodova na upitniku od osoba koje su trenutno poznavanje ocijenile s dovoljnim ($X = 110$) ili nedovoljnim ($X = 111$) ($P < 0,05$).

4 Rasprava

Rezultati istraživanja o mišljenima studenata o osobama s invaliditetom općenito su povoljni i pozitivno usmjereni u smislu svjesnosti postojanja teškoća i potrebe pružanja podrške u smislu sudjelovanja što je u skladu s međunarodnim saznanjima i provedenim usporedbama zdravstvenih profesionalaca. Ovaj podatak ne iznenađuje obzirom da su ispitanici studenti zdravstvenih studija iako nisu ciljano ispitivane njihove stručne i profesionalne kompetencije. I razlike u odnosu na godine studiranja prihvatljive su obzirom na nedostatak informacija i znanja o osobama s invaliditetom što se očekivano mijenja tijekom studiranja i napredovanja u profesionalnom smislu. Klooster idr. (2009) navode da su stavovi ispitanika prema osobama s invaliditetom povoljniji ukoliko isti imaju rođaka ili poznanika s tjelesnim invaliditetom, no taj podatak u ovom istraživanju nije potvrđen obzirom da nisu pronađene značajne razlike među ispitanicima u odnosu na tu varijablu, a istovremeno ispitanici tjelesni invaliditet ne smatraju najtežim. Isti autori iznose podatak o razlikama među studentima i zdravstvenim profesionalcima koji se ipak ne mogu generalizirati na opću populaciju svih zdravstvenih profesija, a što je pak sukladno rezultatima iz ovog istraživanja koji ukazuju na razlike među studentima u odnosu na mjesto življenja i studiranja. Prema dobivenim rezultatima može se tvrditi da su mišljenja i stavovi o osobama s invaliditetom pozitivniji u manjim sredinama iako je poznato da su mogućnosti za osobe s invaliditetom veće u gradskim uvjetima i središtima. Nadalje, iz opredjeljenja na kategorijama odgovora stječe se dojam da su ispitanici još uvijek u većoj mjeri usmjereni prema medicinskom modelu skrbi za osobe s invaliditetom.

5 Zaključak

Provedeno istraživanje ukazuje na pozitivna stremljenja u profesionalnim krugovima prema osobama s invaliditetom što dokazuje različitost studijskih programa s kolegijima sadržajno vezanih za aktualnu problematiku. Jasno je da samo sadržaji kolegija ne mogu značajno utjecati na osobna mišljenja i promjenu stavova pojedinaca, ali mogu svakako djelovati na kognitivnu komponentu stavova. Dobiveni rezultati u skladu su s postojećim istraživanjima koji ukazuju na postojanje razlike među studentima zdra-

vstvenih studija, a posljedično i na aktivne zdravstvene djelatnike koji se u praksi češće susreću s osobama s invaliditetom bez obzira na djelatnost. Ovaj segment odnosa zdravstvenih djelatnika potrebno je dodatno istražiti s ciljem analiza čimbenika koji najviše doprinose stvaranju povoljnog ili zadržavanju negativnog odnosa prema osobama s invaliditetom u zdravstvenoj skrbi.

LITERATURA

1. Bat, J. (2010). Osobe s intelektualnim teškoćama u tranziciji društvenog modela skrbi: društvo i Crkva pred izazovom vremena. Nova prisutnost : časopis za intelektualna i duhovna pitanja, VIII (2), 260–267.
2. Byron, M., Cockshott, Z., Brownnett, H. and Ramkalawan, T. (2005). What does »disability« mean for medical students? An exploration of the words medical students associate with the term »disability«. *Medical Education*, 39, 176–183.
3. Clarke, N. E. and Crewe, N. M. (2000). Stakeholder Attitudes Toward ADA Title 1: Development of an Indirect Measurement Method, *Rehabilitation Counseling Bulletin*; 43 (2), 58–63.
4. Cloerkes, G. (2001). *Soziologie der Behinderten: Eine Einfuehrung*. Heidelberg: Winter.
5. Gosden Kitchen, S. (2007). Perception of Students with Disabilities: An Assessment of Attitudes Held by Pre-Service Teachers. West Virginia: Department of Advanced Educational Studies.
6. Hannon, F. (2010). Literature review on attitudes towards disability. Disability research series 9.25. Dublin: National Disability Authority. Retrieved from <http://www.ucd.ie/issda/static/documentation/nda/nda-literature-review.pdf>.
7. Leutar, Z. i Štambuk, A. (2006). Stavovi mladih prema osobama s tjelesnim invaliditetom. *Revija za sociologiju*, 37 (1–2), 91–102.
8. Li, C., Wu, Y. i Ong, Q. (2014). Enhancing Attitudes of College Students towards People with Intellectual Disabilities through a Coursework Intervention. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 26 (6), 793–803.
9. Matziou, V., Galanis, P., Tsoumakas, C., Gymnopoulou, E., Perdikaris, P. i Brokalaki, H. (2009). Attitudes of nurse professionals and nursing students towards children with disabilities. Do nurses really overcome children's physical and mental handicaps? *International Nursing Review*, 56, 456–460.
10. Paun Jarallah, A. (2008). Aktivnosti hrvatskog zavoda za zapošljavanje u obrazovanju i zapošljavanju osoba s invaliditetom. U Paun Jarallah, A. (ur.), *Zbornik radova simpozija Obrazovanje i zapošljavanje osoba s invaliditetom: iskustva, novi smjerovi* (str. 31–35). Zagreb: Hrvatski zavod za zapošljavanje.
11. Petek, A. (2010). Transformacija politike prema osobama s invaliditetom u Hrvatskoj: analiza ciljeva. *Anali Hrvatskog politološkog društva*, 7 (1), 101–121.
12. Ten Klooster, P. M., Danenberg, J-W., Taal, E., Burger, G. and Rasker, J. J. (2009). Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities: nursing students and non-nursing peers. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (12), 2562–2573.
13. Žunić, Z. (2001). *Profesionalnom rehabilitacijom u 21. stoljeće*. Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži, 19–37.

Zadovoljstvo z motiviranjem in nagrajevanjem na delovnem mestu

UDK 331.101.3:614.2

KLJUČNE BESEDE: motivacija, nagrajevanje, zdravstveni delavci

POVZETEK - Danes je zaradi številnih vplivov težko definirati motiviranost posameznika. Nekdo je lahko na delovnem mestu zelo motiviran brez nagrad, saj se želi dokazovati in mu največ pomeni ugled. Nekomu več pomenijo nagrade, tj. materialne dobrine. Motivacija in nagrajevanje sta tesno povezana in soodvisna. Poznamo več vrst motivacijskih teorij. Najpogosteje omenjene so Maslowova, Leavittova, Herzbergova, Vroomova in McGregorjeva. Med najučinkovitejše načine motiviranja prištevamo nedenarne in denarne nagrade, motiviranje s hvaljenjem in spodbujanjem ter programe in priznanja za uspešno delo. Večina ustanov delavce nagraduje z nedenarnimi nagradami, kot so prosti dnevi, pohvale, službeni mobilni telefon, prenosni računalnik in izobraževanje v službenem času, čeprav si zaposleni bolj želijo denarnih nagrad. V prispevku predstavljamo zadovoljstvo z motiviranjem in nagrajevanjem med zdravstvenimi delavci v ljubljanski porodnišnici. Ugotovili smo, da je predvsem mlajša populacija zelo zadovoljna z delom, ki ga opravlja, manj zadovoljna pa je s sistemom nagrajevanja. Meni, da bi bili zaposleni bolj motivirani z denarnim nagrajevanjem. Sistem nagrajevanja v ljubljanski porodnišnici se razvija v skladu s spremembami in poslovnim okoljem v ustanovi.

UDC 331.101.3:614.2

KEY WORDS: motivation, rewards in the workplace, healthcare workers

ABSTRACT - Nowadays, due to numerous influences, it is difficult to define motivation. Some people can be very motivated for work without being properly rewarded, for they only want to prove themselves and earn some reputation. On the other hand, some people prefer to be rewarded with material goods. Motivation and reward are closely connected and interdependent. There are several theories of motivation. Those that are most often mentioned are: Maslow's, Leavitt's, Herzberg's, Vroom's and McGregor's theory. The most effective motivators are financial and non-financial rewards, praise, stimulation, as well as programmes and acknowledgements for good performance. The majority of institutions reward their employees with non-financial rewards, like an extra day off, praise, mobile phones, laptops and educational programmes, even though their employees may prefer financial rewards. The article presents the level of motivation and reward satisfaction among healthcare employees at the Ljubljana Maternity Hospital. The research shows that members of the younger generation are very satisfied with the work they perform, but less satisfied with the reward system. The employees would presumably be more motivated by financial rewards. The reward system at the Ljubljana Maternity Hospital is being developed according to the changes and business environment at the hospital.

1 Uvod

Motivacija zaposlenega je notranji vzgib ali gonilo posameznika, ki zaposlenega vodi v dejavnost pri delu, ki ga opravlja. Brez motivacije posameznik ne more opravljati svojega dela. Motivacija za delo pomaga posamezniku, da uresničuje svoje cilje in cilje organizacije, v kateri je zaposlen.

Delodajalci, ki mislijo, da svoje delavce lahko motivirajo samo z denarjem, se morajo pogosto soočiti s kruto resnico. Nadpovprečne delavce motivira možnost, da lahko sodelujejo pri prelomnih dogodkih, da ustvarjajo spremembe, prispevajo svoj delež

in blestijo. Dobrim delavcem je treba dati priložnost, da blestijo, zagotoviti orodje in znanje, s katerim lahko izkoristijo svojo priložnost (Sang, 2001, str. 51).

Dandanes je motivacija zaposlenega izjemno pomembna, saj motiviran posameznik lažje dosega svoje cilje in napreduje v delovni organizaciji. Za motiviranje zaposlenih so odgovorni predvsem vodje.

Zaposleni so odgovorni za svoje delo, ki ga opravljajo, vodja pa je odgovoren za njihovo stopnjo motiviranosti. Da je nekdo motiviran, mora obstajati določen zunanji element, in sicer mora nekdo posameznika z nečim spodbuditi k temu, da bo razvil motivacijo. Lastna motivacija sama po sebi ne izhaja iz človeka. Človek namreč potrebuje spodbudo iz okolice. Šele nato se lahko motivacija razvija v posamezniku in tu nastopi vodja, ki mora zagotoviti zunanje elemente (Mihalič, 2010, str. 5–6).

V teoretičnem delu bodo predstavljeni najučinkovitejši načini motiviranja pri zaposlenih (denarne in nedenarne nagrade) ter opredeljene različne teorije, ki opisujejo motivacijo zaposlenih. Omenjene so: Maslowova motivacijska teorija, Leavittova teorija, Herzbergova dvofaktorska teorija, Vroomova teorija ter McGregorjeva teorija X in Y. Iz njih se naučimo razumeti motivacijo in spoznamo, kakšno vedenje želimo spodbuditi pri zaposlenih ter kakšne cilje želimo doseči.

V raziskovalnem delu projektne naloge želimo ugotoviti, kako so zaposleni v ljubljanski porodnišnici na delovnem mestu motivirani in nagrajeni.

2 Motiviranje

Motivacija je tisto, kar človeka, ki ima določene sposobnosti in znanje, spodbuja k delu. Brez motivacije človek ne more ničesar storiti in ne more biti dejaven. Motivacija še posebej pomembna pri delu, saj človeku pomaga uresničiti svoje cilje in cilje organizacije, v kateri je zaposlen. Motivacijo uporabljajo vodje kot orodje za krmiljenje človekove aktivnosti v želeno smer. Temu procesu pravimo motivacija (Lipičnik in Mežnar, 1998, str. 184).

Vsak človek je edinstven in ima svoje značilnosti, kot so na primer osebne potrebe, vrednote, stališča in interesi. Vse to ga spremlja pri delu. Ker se te lastnosti pri posameznikih razlikujejo, se sprašujemo, kaj ljudi motivira. Nekatere zaposlene motivira denar in zavlačujejo delo, da bi dobili višjo plačo. Druge motivira varnost in sprejemajo manj plačano delo, da bi se izognili tveganju, da ostanejo brez dela. Tretji sprejemajo izzive, ki jih pripeljejo na rob njihovih zmogljivosti. Na splošno bi lahko ljudem dali priložnost, da se oprimejo česa novega (Lipičnik in Mežnar, 1998, str. 162).

Motiviranje je nujno in brez motiviranja in stimuliranja delavcev ni uspešnega vodenja. Brez uspešnega vodenja ni uspešnih zaposlenih in brez uspešnih ljudi ni uspešne organizacije. Zato je motiviranje delavcev zelo pomembno. Motiviranje mora biti ena izmed prednostnih nalog in odgovornosti vsakega vodje. Danes si ne moremo več dovoliti, da zaposlenih ne bi motivirali. Tudi če nimamo denarnih sredstev za motiviranje zaposlenih, imamo na voljo veliko drugih načinov motiviranja, za katere

potrebujemo znanje, voljo in čas. Vzroki, da vodja ne motivira zaposlenih, so neinformiranost (vodja ne ve, da mora svoje sodelavce motivirati), pomanjkanje znanja in spretnosti (vodja ne pozna načinov in tehnik motiviranja) ter lenoba (vodja za to noče izgubljati časa ali pa se mu to ne zdi bistveno). Da je nekdo motiviran, mora obstajati določen zunanji element. Lastna motivacija namreč sama po sebi ne izhaja od znotraj, temveč jo je potrebno spodbujati od zunaj. Šele nato se lahko razvija v posameznikih. Tu nastopi vodja, ki mora z različnimi pristopi in tehnikami motiviranja zagotoviti zunanje elemente. Motivacija je namreč nekaj, kar je treba spodbuditi, nato pa razvijati. Ni dovolj, da motivacijo spodbudimo zgolj enkrat in z enim samim pristopom, temveč jo je treba ves čas spodbujati na različne načine in tudi redno razvijati (Mihalič, 2010, str. 4–6).

Poznamo več vrst motivacijskih teorij. Nekatere izmed njih so: Maslowova motivacijska teorija, Leavittova teorija, Herzbergova dvofaktorska teorija, Vroomova teorija in McGregorjeva teorija X in Y.

Maslow je menil, da je človekova dejavnost vedno usmerjena navzgor, k privlačnejšim ciljem. Človek naj bi najprej težil k temu, da zadovolji primarne biološke potrebe, ki mu omogočajo preživetje. Šele ko so zadovoljene potrebe na nižji stopnji, se pojavijo potrebe na višji stopnji (Lipičnik in Mežnar, 1998, str. 164–165).

Leavittova teorija temelji na potrebi, ki zaradi pomanjkanja povzroča napetost. Vsaka potreba je usmerjena k cilju, ki potrebo zadovolji in zmanjša napetost. Potreba in napetost povzročata aktivnost. Zadnja stopnja je olajšanje. Na tej stopnji človek začuti, da je dosegel cilj (Lipičnik in Mežnar, 1998, str. 166–167).

Herzberg je razvil posebno teorijo o delovni motiviranosti. Jasno opredeli, kaj mora biti izpolnjeno, da se prične motivacija. Higieniki temeljijo na zadovoljstvu. Šele ko so izpolnjeni higieniki, je smiselno ljudem višati zadovoljstvo s stvarmi, ki so motivatorji. Dokler zaposlenim ne omogočamo ali ne ponudimo razmer, v katerih bodo občutili zadovoljstvo, bo motivacija nižja od željene (Uhan, 1999, str. 6–7).

Vroom v svoji teoriji razlikuje individualne cilje posameznika in cilje organizacije. Z uresničitvijo ciljev organizacije lahko delavec doseže svoje cilje, kot so na primer večji zaslužek in boljše delovne razmere (Uhan, 1999, str. 6–7).

McGregorjevo teorijo X in Y lahko primerjamo s hierarhijo potreb po Maslowu. Po teoriji X so delavci zadovoljni, če izpolnjujejo osnovne potrebe po varnosti. Po teoriji Y so zaposleni zadovoljni šele, ko dosežejo višjo raven. Ta teorija poudarja zrelost posameznika, kreativnost, potrebo po pripadnosti, status ter samo izpolnitev (Dimovski, Penger in Žnidaršič, 2003, str. 58–59).

Poznamo veliko različnih načinov motiviranja ljudi, vendar se v praksi za najučinkovitejše izkazujejo nedenarne nagrade za delo, uspehe in znanja; denarne nagrade kot motivator; motiviranje s hvaljenjem in vzpodbujanjem in različni programi ter oblike nagrad in priznanj za uspešno delo.

3 Metodologija

3.1 Namen in cilji raziskave so:

Namen raziskave je predstaviti zadovoljstvo z motivacijo in nagrajevanjem zaposlenih na delovnem mestu v ljubljanski porodnišnici.

Cilji raziskave so:

- ugotoviti, kako motivacijski faktor vpliva na zaposlene in njihovo uspešnost,
- ugotoviti, kako pogosto vodstvo spodbuja motivacijo zaposlenih,
- ugotoviti, kateri so najučinkovitejši načini motiviranja,
- ugotoviti, ali zaposlene bolj motivirajo denarne ali nedenarne nagrade.

Raziskovalna vprašanja se glasijo:

- Kako motivacija in nagrajevanje zaposlenih vplivata na delo, ki ga opravljajo?
- Kaj zaposlene najbolj motivira?
- Katere vrste nagrad bi najraje prejeli za delo, ki ga opravljajo?
- Kako so zadovoljni z delom, ki ga opravljajo?
- Katero od nagrad so že prejeli za delo, ki ga opravljajo?

3.2 Raziskovalna metoda

V raziskovalni nalogi smo uporabili deskriptivno metodo dela z uporabo strokovne literature različnih avtorjev s področja motivacije in nagrajevanja zaposlenih na delovnem mestu.

3.3 Vzorec

V raziskavo so bile vključene diplomirane medicinske sestre, diplomirane babice, zdravstveni tehniki ter srednje medicinske sestre, zaposleni v ljubljanski porodnišnici. Vzorec je zajemal petinštirideset anketnih vprašalnikov. V raziskavo je bilo vključenih vseh 45 zaposlenih.

3.4 Potek zbiranja podatkov

Anketiranje je potekalo v mesecu oktobru 2015. Izpolnjevanje anketnega vprašalnika je bilo anonimno in prostovoljno.

3.5 Opis merskih inštrumentov

Za zbiranje podatkov v raziskovalni nalogi smo izbrali anketni vprašalnik zaprtega tipa. Anketni vprašalnik je sestavljen iz trinajstih vprašanj. Prvi del anketnega vprašalnika vsebuje demografske značilnosti, kot so spol, starost, stopnja izobrazbe, delovno mesto in delovna doba. Drugi del obsega motivacijo in nagrajevanje zaposlenih. Anketa je bila oblikovana na podlagi pregledane literature s področja motivacije in nagrajevanja zaposlenih na delovnem mestu.

4 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 98 % predstavnic ženskega spola in 2 % predstavnikov moškega spola. Od tega je bilo 38 % anketiranih starih od 20 do 30 let, 20 % od 31 do 40 let, 13 % od 41 do 50 let, ostalih 29 % pa 51 let ali več. Med 45 anketiranimi jih je imelo dokončano visokošolsko izobrazbo 64 % (diplomirana medicinska sestra, diplomirana babica), 36 % jih je imelo dokončano srednjo strokovno šolo (zdravstveni tehnik, srednja medicinska sestra), nihče pa ni imel dokončane univerzitetne izobrazbe, magisterija ali doktorata. Večina anketiranih zaposlenih ima do 10 let delovne dobe, in sicer 42 %. 25 % anketiranih ima od 21 do 30 let delovne dobe, 20 % je takih, ki imajo najmanj 31 let delovne dobe, najmanj anketiranih pa je zaposlenih od 11 do 20 let, in sicer 13 %.

Na vprašanje, ali so zadovoljni z delom, ki ga opravljajo, je 47 % anketiranih odgovorilo, da so zadovoljni. Sledijo jim zaposleni, ki so zelo zadovoljni. Teh je 33 %. Nezadovoljnih je 20 % zaposlenih, zelo nezadovoljen pa ni nihče.

Na vprašanje, ali so dovolj motivirani za delo, ki ga opravljajo, je 69 % anketiranih odgovorilo, da so dovolj motivirani. 31 % zaposlenih je odgovorilo, da pri svojem delu niso dovolj motivirani.

Tabela 1: Motivacijski dejavniki pri delu

<i>Odgovori</i>	<i>f</i>	<i>f%</i>
Plača	45	17
Dinamičnost dela	41	15
Ekipno delo	40	15
Samostojnost pri delu	38	14
Dober odnos s sodelavci	34	13
Dober odnos z nadrejenimi	31	11
Možnost napredovanja	29	11
Možnost izobraževanja	10	4
Zaposlitev za nedoločen čas	1	0
Skupaj	269	100

Zaposleni na enoti intenzivne terapije in nege v ljubljanski porodnišnici so kot najpomembnejše motivacijske dejavnike navedli plačo (17 %), dinamičnost dela (15 %) ter timsko delo (15 %). Za pomembnejše motivacijske dejavnike so označili samostojnost pri delu (14 %), dobre odnose s sodelavci (13 %), dobre odnose z nadrejenimi (11 %) in možnost napredovanja (11 %). Najmanj pomembna motivacijska dejavnika sta možnost izobraževanja (4 %) ter zaposlitev za nedoločen čas (0 %).

Naslednji dve vprašanji sta bili med seboj povezani. Zanimalo nas je, kakšno nagrado bi najraje prejeli za delo, ki ga opravljajo, in kakšno nagrado so že prejeli. 62 % anketiranih je odgovorilo, da bi za delo, ki ga opravljajo, najraje prejeli denarno nagrado, ostalih 38 % pa bi raje prejelo nedenarno nagrado. Velik del zaposlenih (71 %) je odgovorilo, da so že prejeli nedenarne nagrade, 29 % zaposlenih pa je prejelo denarne nagrade.

Na vprašanje, ali so za svoje delo, ki ga opravljajo, primerno nagrajeni, je večina anketiranih (56 %) odgovorila, da za svoje delo niso primerno nagrajeni. Ostalih 44 % meni, da so primerno nagrajeni.

Na vprašanje, kako ocenjujejo pravičnost sistema nagrajevanja, je 78 % anketiranih odgovorilo, da sistem nagrajevanja ni pravičen, le 22 % pa jih meni, da je sistem nagrajevanja pravičen.

Tabela 2: Sprememba delovnega mesta

<i>Odgovori</i>	<i>f</i>	<i>f%</i>
Da	6	13
Ne	28	62
Ne vem	11	25
Skupaj	45	100

Večina zaposlenih (28 oziroma 62 % vprašanih) je odgovorila, da ne razmišlja o menjavi delovnega mesta. 11 oziroma 25 % zaposlenih je neopredeljenih. Le 6 oziroma 13 % vprašanih pa je takih, ki se želijo zaposliti na drugem delovnem mestu.

Tabela 3: Pristojnost za podelitev nagrad

<i>Odgovori</i>	<i>f</i>	<i>f%</i>
Glavna medicinska sestra ginekologije	40	33
Glavna medicinska sestra porodnišnice	31	26
Vodilna medicinska sestra na oddelku	45	37
Vodja ekipe	5	4
Skupaj	121	100

Največ anketiranih (45 oziroma 37 %) meni, da so pristojne za odločanje o podelitvi nagrad vodilne medicinske sestre na oddelku. 40 oziroma 33 % vprašanih meni, da je za to odgovorna glavna medicinska sestra ginekologije. 31 oziroma 26 % jih meni, da odloča o podelitvi nagrad glavna medicinska sestra porodnišnice, le 5 oziroma 4 % pa jih meni, da je to vodja ekipe.

5 Razprava

Zaposleni v ljubljanski porodnišnici imajo strokovno znanje, ki so ga pridobili z izobraževanjem in delovnimi izkušnjami, zato je še toliko pomembnejše, da so motivirani in nagrajeni za delo, ki ga uspešno opravljajo. Delavec, ki je nagrajen, je zadovoljen, vester, motiviran in uspešen pri svojem delu.

Motiviranost pri zaposlenih lahko dosežemo z nagrajevanjem. Nagrajevanje je lahko denarno ali nenedenarno. Večina ustanov svoje zaposlene najpogosteje nagrajuje z nenedenarnimi nagradami, kot so prosti dnevi, pohvale, službeni avto, službeni mobitel, prenosni računalnik, izobraževanje v službenem času, itd. Vendar si zaposleni danes bolj želijo denarnih nagrad. To je verjetno povezano z varčevalnimi ukrepi v Sloveniji. Motivacija in nagrajevanje sta tesno povezana in soodvisna. Zaposlene bi bilo treba

tudi denarno nagrajevati, saj bi s tem povečali motiviranost za delo ter izboljšali zadovoljstvo med zaposlenimi.

Raziskava je pokazala, da so zaposleni v ljubljanski porodnišnici pretežno mladi, ki nimajo veliko delovne dobe, vendar so zelo zadovoljni z delom, ki ga opravljajo. Kritični so do sistema nagrajevanja, saj menijo, da ni pravičen. Rezultati raziskave so pomemben kazalnik motiviranosti zaposlenih in zadovoljstva z nagrajevanjem v ljubljanski porodnišnici. Pri zaposlenih bi lahko dosegli večjo motivacijo, če bi jih denarno nagradili. Rezultati so pokazali, da denar močno vpliva na motiviranost zaposlenih, torej je treba zaposlene motivirati z denarnimi nagradami ali pa pogosteje z nedenarnimi nagradami.

V sodobnem času je zaradi različnih vplivov, zunanjih in notranjih, težko definirati motiviranost. Nekdo je lahko zelo motiviran brez nagrad, saj se želi dokazati in mu največ pomeni ugled. Drugega na primer bolj motivirajo nagrade, kot so materialne dobrine. Uspeh in motiviranost pride z zaposlenimi. Dobri menedžerji in vodje imajo danes dve dobri lastnosti, in sicer: želijo zaposlovati ljudi, ki so sposobnejši in imajo več znanja, kot ga imajo sami, zaposlene pa tako dobro vodijo, da so nekoč tudi sami sposobni prevzeti naloge vodilnih.

Odgovori na vprašanja v raziskavi so pokazali, da so zaposleni v ljubljanski porodnišnici zadovoljni z delom, ki ga opravljajo. Pri delu so motivirani. Odgovori so odraz dejanskega stanja v Sloveniji in sedanje krize, saj je večina anketirancev odgovorila, da je že prejela denarno ali nedenarno nagrado.

Sistem nagrajevanja v ljubljanski porodnišnici se razvija v skladu s spremembami in poslovnim okoljem v ustanovi. Iz vsakega nagrajevanja se lahko nekaj naučimo in strmimo k boljšim rešitvam.

LITERATURA

1. Dimovski, V., Penger, S. in Žnidaršič, J. (2003). *Sodobni management*. Ljubljana: EF.
2. Lipičnik, B. in Mežnar, D. (1998). *Ravnanje z ljudmi pri delu*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
3. Mihalič, R. (2010). *Kako motiviram sodelavce*. Škofja Loka: Mihalič in Partner.
4. Možina, S. (2002). *Management kadrovskih virov*. Ljubljana: FDV.
5. Pridobljeno 28. 10. 2015, s <http://www.delavska-participacija.com/članki/ID990603.doc>.
6. Sang, H. K. (2001). *Kako motivirati sebe in druge, da dobite, kar si želite imeti*. Ljubljana: Tuma.

Starostnik z demenco v družini

UDK 616.892.3-053.9

KLJUČNE BESEDE: starostniki, demenca, družine, oskrba na domu

POVZETEK - Živa bitja na Zemlji imajo za ohranjanje svojih vrst z genetskim zapisom določen čas, da lahko razvijejo sebe in poskrbijo za svoje potomstvo. Zaradi napredka znanosti, tehnologije in medicine ter vse večje ozaveščenosti prebivalstva o zdravem načinu življenja se življenjska doba podaljšuje in v družbi narašča pojavnost demence. To je degenerativna bolezen možganov, ki se počasi prikrađa v naše življenje. Zgodnje prepoznavanje bolezni je pomembno tako za starostnike kot za njihove svojce. Svojci potrebujejo hitro in učinkovito pomoč, ker je oskrba starostnika z demenco zelo zahtevna naloga. V razširjeni družini lahko prevzamejo skrb svojci, lahko pa se poslužijo različnih socialnih služb za pomoč na domu, kjer negovalke poskrbijo za bolnika v času, ko so svojci v službi.

UDC 616.892.3-053.9

KEY WORDS: older person, dementia, family, help and care

ABSTRACT - Living creatures on the Earth have a genetically incoded time span for preserving their own kind. Thus they are able to develop themselves and to produce and take care of their offspring. Due to the advancement in science, technology, medicine and the increasing awareness of individuals about healthy lifestyles, life expectancy is now considerably longer than in the past, which causes dementia to be on the rise. Dementia is a degenerative disease of the brain which slowly creeps into our lives. Recognising the early symptoms of the condition is very important both for the older people and their family members. The family members need quick and effective help because caring for an older person with dementia is a very demanding task. In an extended family, the family members can do the task themselves, but there are also different social services they can employ. These social services are carried out at home by nursing professionals, who take care of the patient when the family members are not at home.

1 Uvod

Med odraščanjem in v zrelih letih se ne le razvijamo in zorimo, temveč se prek celotnega življenjskega obdobja postopoma akumulirajo tudi negativni dejavniki, ki prinašajo različne biološke spremembe, ki v poznejših letih življenja povečujejo tveganje za razvoj bolezni (Kavčič, 2015). S staranjem nam počasi peša tudi fizična kot psihična moč in starejši ko smo, večja je verjetnost, da zbolimo za določenimi boleznimi. Staranje pa ne prinese le sprememb v našem telesu in naših možganih ter s tem posledično sprememb naših zaznavnih, spoznavnih in gibalnih sposobnosti, temveč lahko nakopiči različne biološke spremembe, ki vodijo v različne bolezni sodobnega časa. S staranjem se torej povečuje verjetnost nevrodegenerativnih bolezni, med katerimi je najpogostejša bolezen, ki vodi v demenco. Pomembno je zgodnje odkrivanje bolezni, občutek varnosti, potrpežljivosti, ki ga moramo kot svojci dajati obolelemu in poiskati primerno obliko pomoči.

2 Teoretični del

Demenca ne pride vedno enako. Motnje spomina so sicer najbolj poznane in bolniki se dobro spominjajo dogodkov iz daljne preteklosti, pozabijo pa, kaj se je zgodilo pred kratkim, kaj so jedli, kje so bili, ali so plačali, ali so pojedli zdravila. Izguba kratkoročnega spomina jih pogosto privede v neprijetne situacije, ko kar naprej nekaj iščejo, preverjajo, dopovedujejo, prepričujejo. Obbolele je strah, so tesnobni, depresivni, brez volje in nezbrani. Tako prihaja do konfliktnih situacij in nezaupanja do okolice, ki obolelega počasi osamijo v svoj svet. Prav tako se včasih oseba z demenco razjezi ali pa se umakne v svoj svet, če ji zastavimo vprašanje, ki ga ne razume ali nanj ne zna odgovoriti (Kogoj, 2007). Okolica opaža spremembe vedenja in obnašanja pri bolniku, a jih pogosto poveže z bolezenskimi spremembami šele takrat, ko bolnik zabrede v kakšno resnejšo neprijetnost.

Demenca je bolezen starejših ljudi, vendar ni del normalnega staranja. Približno 5 % ljudi, starejših od 65 let, ima težave zaradi demence. Število bolnikov narašča s starostjo, tako da je pri 85. letu dementen vsak tretji starostnik. Alzheimerjeva demenca je najpogostejša oblika bolezni, vzroki še niso raziskani. Z razvojem bolezni ti bolniki potrebujejo dolgoročno oskrbo in nadzor 24 ur dnevno. Niso vse motnje spomina v starosti demenca. Lahko gre le za običajno starostno pozabljivost ali pogosteje depresivno motnjo, ki se pogosto kaže kot umik v osamljenost. Depresivni bolniki pogosto izražajo zaskrbljenost zaradi pozabljanja, bolniki z demenco pa ne. Zmedenost pri starejših bolnikih je pogosta ob hujših akutnih obolenjih, kot so vročinska stanja in poškodb, ki pa izginejo, ko odpravimo vzrok obolenja. Pomembno je da svojce seznamimo z oblikami pomoči in s pravicami, ki jih lahko uveljavljajo za svojca ali obolelega.

2.1 Razvoj demence

Demenca je počasi napredujoča bolezen, ki se razvija več let. Spremeni človeka, vendar ne kar čez noč (Van Hulsen, 2010). Spremembe v poteku bolezni lahko strnemo v tri obdobja. V obdobju začetne blage demence opažamo pozabljanje, motnje čustvovanja, depresivno razpoloženje in razdražljivost. Bolnik potrebuje širše socialno okolje, ustrezno vodenje in spodbujanje.

V obdobju napredovale - zmerne demence so izrazitejšje motnje v opravljanju vsakdanjih aktivnosti, motnje presoje, čustvovanja, pojavijo se zmedenost, blodnjavost, nočni nemir in beganje. Bolnik potrebuje nadzor in pomoč pri vsakdanjih opravilih.

V obdobju polno razvite težke demence postaja bolnik vedno bolj nemočen, motnje govora in sporazumevanja se poglobljajo, vse težje hodi ali obleži, postane inkontinenten, neokreten, ima motnje pri požiranju. V tej fazi potrebuje nadzor, nego in pomoč svojcev pri vseh opravilih. Demenca je zaenkrat še neozdravljiva bolezen, ki počasi napreduje. Z zdravili lahko upočasnimo njen potek in omilimo simptome, ki jih bolezen prinaša z razvojem. Ne glede na trajanje pa bolezen vedno vodi bolnika v odvisnost od okolice. Prepoznavanje bolezni je težavno. Bolnik nikdar ne pride sam v ambulanto in reče: Jaz imam demenco. Pogosto se sam zaveda nekih sprememb, a jih ne zna uravnati drugače, zato jih pogosto podzavestno skriva pod krinko razumeva-

joče dobrohotnosti, prikimavanja, pretiranega strinjanja. Demenca je še vedno slabo prepoznana bolezen, saj je neprepoznanih skoraj 80 % bolnikov z blago demenco in približno 20 % zdravljenih. Tako svojci kot tudi zdravniki težave še vedno radi pripisujejo starosti. Žal še vedno največ svojcev poišče pomoč zdravnika, ko prihaja doma do resnih nesporazumov in konfliktov, najpogosteje v fazi zmerne in hude demence. Svojci takrat potrebujejo hitro in učinkovito pomoč. Zgodnje prepoznavanje boleznih je pomembno. Potrebno je raziskati vzrok za spremembe, saj pri enem od desetih bolnikov odpravimo vzrok za težave. Ostalim pa lahko z zdravljenjem v zgodnji fazi bolezen upočasnimo in tako izboljšamo kvaliteto življenja bolniku in njegovi družini. Predvsem bolnik potrebuje razumevajoče in tolerantno okolje, družino, ljubeče svojce. Žal pa številni starejši ne živijo v razširjeni družini. Pogosto živijo sami, zapredeni v svojem svetu, kjer ne poznajo niti bližnjega sosedu in kontaktirajo z otroki le po telefonu ali pa še to ne.

2.2 Zakaj zgodnje prepoznavanje

Zgodnje prepoznavanje boleznih je pomembno tako za bolnike kot za njihove svojce. Zgodnje prepoznavanje boleznih je vedno problem, saj demenca ne pride vedno enako. Prepoznavanje dementnega bolnika je odvisno od tega, kje, kako in s kom bolnik živi. Ali živi sam v stanovanju, hiši, ali živi v širši družini? Ali je njegov partner še živ, ali ima otroke, ali so v družini pred boleznijo živeli v sožitju ali pa so bili odnosi v družini napeti? Predvsem pa je prepoznavanje odvisno od znanja tistih, ki živijo z bolnikom in ga zdravijo. Pomembno pa je tudi stalno spodbujanje spoznavnih sposobnosti, kar je še izredno pomembno v začetni fazi demence, saj na tak način osebe lažje nadzorujejo prve znake boleznih (Kogoj, 2007). Pomembno je izključiti možne odpravljljive vzroke za demenco ter začeti z zgodnjim zdravljenjem. Z zdravlili lahko upočasnimo napredovanje boleznih in umirimo simptome za obdobje približno enega leta. To je čas, ko svojci lahko spoznajo bolezen, jo sprejmejo in poskusijo zaživeti z bolnikom. Svojci potrebujejo pomoč, če želimo, da bolniki ostajajo dlje časa v domačem okolju in okrilju svojih družin. Pomembno je, da svojci spoznajo bolezen, kako se pojavlja in kakšen je njen potek, kako naj ravnaajo z bolnikom, ker potem lažje in z razumevanjem prenašajo spremembe in obnašanje bolnika, ker so nanje pripravljeni. Težave oseb z demenco pa pred drugimi prikrivajo tudi svojci, in sicer v začetni prvi fazi, kar onemogoča zgodnje odkrivanje boleznih (Rihter, 2007). Bolniki praviloma ostajajo dlje časa doma, če dobi družina pomoč pravočasno, zato je potrebno pomagati pri organizaciji oskrbe v domačem okolju. Najpomembnejši je občutek varnosti (Cvetko, 2015). Bolnike namreč ohranjajo v domačem okolju predvsem potrpežljivost in ljubezen svojcev, pa tudi njihovo znanje v ravnanju s takim bolnikom. Za družine, ki skrbijo za bolnike, je to sožitje z bolnikom naporno in mnoge pripelje na rob izgorelosti.

2.3 Kam po pomoč

V zdravstvenem sistemu je zdravnik družinske medicine tisti, ki se bo prvi srečal s problemom motenj v mišljenju in spoznavnih sposobnostih bolnika. Lahko bo spremembe zaznal sam pri opazovanju bolnika, še pogosteje pa mu bodo o spremembah v vedenju in obnašanju bolnikov poročali svojci. Žal svojci poiščejo pot do zdravnika

šele takrat, ko motnje v vsakodnevnom funkcioniranju že močno porušijo red in odnose v družini ter načnejo potrpljenje najbližjih. Zdravnik bo opravil pregled in pogovor z bolnikom, opravil test ure ali kratek preizkus spoznavnih sposobnosti, ter naročil laboratorijske preiskave. V spremstvu svojcev, ga bo napolil k specialistu nevrologu ali psihiatru za razjasnitev diagnoze ali morebitnih vzrokov, ter uvedbo terapije. Simptomatsko zdravljenje lahko začne zdravnik družinske medicine, specifična zdravila za zdravljenje demence pa lahko zaenkrat uvede le specialist psihiater ali nevrolog. V zapletenih situacijah se poslužujemo krajšega zdravljenja v bolnišnici, najpogosteje za natančnejšo diagnostiko in predvsem ureditev zdravljenja z zdravili. V okviru terenskih služb je najpomembnejša pomoč na domu v okviru socialne službe. Posebej izučene negovalke med vsakodnevnimi obiski poskrbijo za prehrano in higieno. Stroške obiskov delno poravnava sam uporabnik pomoči, delno pa stroške pokriva občina. Bolniki z demenco imajo pravico do uveljavljanja pravice do dodatka za pomoč in postrežbo pri Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, v različni višini glede na težo bolezni. Obrazec za uveljavljanje pomoči izpiše zdravnik družinske medicine v sodelovanju s patronažno sestro, ki v poročilu oceni domače okolje in funkcioniranje bolnika doma. S pomočjo socialne službe se v napredovalih primerih urejata tudi odvzem opravilne sposobnosti in skrbništvo.

2.4 Pomoč in oskrba 24 ur dnevno

V obdobju začetne blage demence potrebuje vzpodbudno okolje ter vodenje nekaterih domačih dejavnosti. Bolniki še hodijo in lahko marsikaj še postorijo doma z ustreznim vzpodbujanjem, zato jih lahko s pridom vključimo v številna drobna domača opravila. Domače okolje uredimo tako, da ni nevarno niti zanje niti za okolico. Zamenjava plinskega štedilnika za električnega je ena prvih reči, ki jih uredimo, če bolnik še ostaja sam doma. Ščasoma pa tudi tega izklopimo. Prevzamemo nadzor nad jemanjem zdravil in vodenjem financ, da se izognemo neprijetnim zapletom. Na vidna mesta doma napišemo telefonske številke v primeru potrebe po pomoči, listke z osnovnimi podatki bolnika pripravimo za denarnico ali žepne oblačil, če bi se bolnik zgubil. Iz predalov potegnemo stare albume, da lahko obnavljamo znanje o družinskih vezeh ter stare igre, kot so človek ne jezi se, karte, spomin, da zaposlimo bolnika in v skrb za njega vključujemo tudi mlajše generacije. Trudimo se bolnika ohraniti čim dlje telesno aktivnega, zato je hoja del vsakdanje aktivnosti. Uvidevno odstranimo avto ali kolo, saj bolniki večinoma niso sposobni za sodelovanje v prometu niti z avtom niti s kolesom.

V napredovali fazi zmerne demence bodo bolniki že imeli težave s hojo, opravljanjem dnevnih aktivnosti. Težave bodo imeli pri hranjenju, ne bodo se več samostojno oblekli, potrebovali bodo pomoč pri kopanju in intimni negi, zaradi uhajanja urina bodo potrebovali predloge ali pleničke. Oboleli ne najdejo več ključev, krivi so svojci, ki počnejo grde stvari za njihovim hrbti, da bi jim otežili življenje (Buijssen, 2005). Več je vedenjskih odklonov in tudi sporazumevanje je vedno bolj težko. Sprva neštetokrat ponovljena ena in ista vprašanja, ki so naporna predvsem za svojce, počasi usihajo, besede in stavki izgubljajo rdečo nit misli. Bolniki v napredovali fazi potrebujejo pomoč pri vsakodnevnih aktivnostih in nadzor, saj se sicer radi odpravijo od doma in ne najdejo poti domov. Če je za svobodno gibanje osebe z demenco tveganje preveliko,

ji je potrebno zagotoviti spremljevalca in ustrezno označiti prostore, ki jih uporablja (Rihter, 2007). Takega bolnika ne smemo več puščati samega doma, saj to ni varno niti zanj, niti za okolico. V razširjeni družini prevzamejo skrb deljeno svojci, lahko pa se poslužijo različnih socialnih služb za pomoč na domu, kjer negovalke poskrbijo za bolnika v času, ko so svojci v službi. Negovanje je lahko zelo utrudljivo in stresno. Ko skrbite za nekoga drugega, mimogrede pozabite nase (Jakoš, 1990). Z vključevanjem bolnika v dnevno varstvo v okviru institucij, kot so domovi za starejše, mu lahko zagotovijo varno okolje v času, ko ni nikogar doma. V nasprotnem primeru je potrebno razmišljati o namestitvi v domu starejših.

V fazi polno razvite težke demence so bolniki vedno težje pokretni, nesposobni, da postorijo kaj zase. Spremenjeno doživljanje okolja, motnje govora, neprepoznavanje niti najbližjih, prividi in halucinacije tako zelo okrnijo življenje bolnika, da potrebuje pomoč druge osebe pri oblačenju, hranjenju, umivanju ter nego in nadzor 24 ur dnevno. Ekonomski, socialni, pravni, zdravstveni in negovalni problemi oseb z demenco in svojcev zahtevajo mrežo pomoči in podpore, ki vključuje osebe z demenco, svojce, strokovnjake in širšo družbo (Mikluž, 2007). Družina je izredno pomemben partner v neformalni mreži pomoči skupaj s sosedi in prijatelji (Hojnik Zupanc, 1999). Kdor koli prevzame nalogo oskrbovalca osebe z demenco, pa se mora zavedati dejstva, da starajoči se starši ali stari starši ne smejo postati odvisni od svojih otrok ali vnukov. V tem kontekstu pomeni ohranitev medgeneracijskih razlik, zavestno ohranjanje spoštovanja in dostojanstva osebe, ki zbolí za demenco (Čačinovič Vogrinčič, 2007). Nolan in Keady (2001) menita, da so svojci lahko zelo dobri oskrbovalci, če smo jim kot strokovnjaki v oporo in jim znamo pomagati.

2.5 Spominčica - za pomoč svojcem

Spominčica je slovensko združenje za pomoč pri demenci in je bogat vir pomoči in podatkov v slovenskem jeziku. Na njeni spletni strani (www.spominčica.si, prosto-voljstvo.org) se lahko seznanimo s številnimi informacijami, tako z opozorilnimi znaki in različnimi oblikami demence, predvsem pa dobimo informacije o pomoči, ki se je lahko poslužimo. Svetovalni telefon spominčice (059 305 555) na katerem lahko dobite pomembne usmeritve in informacije, ter nasvete svojcem obolelih. Bogato znanje iz ravnanja z bolniki so pripravljene deliti z vsakomer, ki jih pokliče. Društvo organizira tudi poseben izobraževalni program za svojce »Ne pozabi me«, pri katerih v ciklusih predavanj spoznajo bolezen, njen potek, ravnanje s svojci in tudi o tem, kako poskrbeti zase, da bodo zmogli breme skrbi za bolnika in preprečili izgorelost pri sebi. Skupine za samopomoč svojcem bolnikov z demenco so organizirane v različnih krajih. Na srečanjih svojci z razgovorom med seboj ali s strokovnjaki razrešijo številne stiske in dileme, ki jih tarejo pri življenju z bolniki. Izmenjava izkušenj o ravnanju v konkretnih situacijah in razgovor o tem, kako naprej, je svojcem v veliko pomoč.

3 Razprava

Bolezen ima številne obraze. Značilni so upad spominskih in intelektualnih sposobnosti ter motnje vedenja, čustvovanja in presoje. O demenci govorimo, ko se starostnik ne znajde več v domačem okolju, ker se ne spomni, kaj je šel iskat v trgovino, in pozabi, kje je parkiral. Zmeden je, kako naj pelje, ker večpasovnega križišča še nikdar ni videl. Ne najde denarja in se boji, da ga je kdo okradel, išče krivca. Pomembna je vključitev svojcev in tudi njihova ustrezna poučenost, ki lahko v veliki meri pripomore k dobremu odnosu do bolnika oziroma starostnika. Če svojci vstopajo v svet demence z veseljem in naklonjenostjo do bolnika, z nasmehom in prijaznostjo, se bodo praviloma tudi bolniki odzivali nanje pozitivno, z naklonjenostjo. Zgodnje prepoznavanje bolezni je pomembno tako za starostnike kot za njihove svojce. Svojci potrebujejo hitro in učinkovito pomoč. Oskrba bolnika z demenco je zahtevna naloga za svojce in oskrbovalce, zato ne čudi podatek, da se s simptomi depresije in izgorelosti borita dve tretjini svojcev in oskrbovalcev. V sodobnih usmeritvah obravnave demenčnega bolnika, se vse bolj uveljavlja multidisciplinarni pristop in tako demenca postaja prioriteta javnega zdravstva. Živeti z demenco je lahko tudi radost, saj lahko bolezen prinese v družino nove vrednote. Skrb za ostarelega in bolnega dedka ali babico je za družino lahko tudi dragocena izkušnja, ki družino medgeneracijsko poveže.

LITERATURA

1. Buijssen, H. P. J. (2005). *The simplicity of Dementia: A Guide for Family and carers*. London; Philadelphia: Jessica Kingsley.
2. Cvetko, T. (2015). Bolnik z demenco. Pridobljeno 25. 9. 2016, s <https://revija-vita.com/index.php?stevilkavita=75&naslovclanek...demenco>.
3. Čačinovič Vogrinčič, G. (2007). Star človek z demenco in njegova družina. V J. Mali in V. Milošević Arnold (ur.), *Demenca - izziv za socialno delo* (str. 51-61). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
4. Gašparovič, M. (2007). *Priročnik za družinske negovalce*. Ljubljana.
5. Hojnik Zupanc, I. (1999). Samostojnost starega človeka v družbeno-prostorskem kontekstu. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
6. Huelsen, Van A. (2010). Zid molka: oblike dela z osebo z demenco na primeru validacije in drugih novih teorij. Logatec: Firis Imperl&Co.
7. Jakoš A. (1990). Starejši prebivalci in demografsko ogrožena področja v Sloveniji. Ljubljana: Gerontološka društvo Slovenije.
8. Kavčič, V. (2015). Umovadba za bistre možgane v poznih letih. Dob.
9. Kogoj, A. (2007). Značilnosti in razumevanje demence. V J. Mali, V. Milošević Arnold (ur.), *Demenca – izziv za socialno delo* (str. 15–22). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
10. Nolan, M. and Keady, J. (2001). Working with Carers. In C. A. Cantley (Ed.), *Handbook of Dementia care* (pp. 161–172). Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
11. Rihter, L. (2007). Dejavniki, pomembni za sožitje z osebo z demenco. V J. Mali in V. Milošević Arnold (ur.), *Demenca - izziv za socialno delo* (str. 91-115). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Osebni pristop k pacientu v osnovnem zdravstvu

UDK 614.2-052:364-2

KLJUČNE BESEDE: *pacienti, zdravstvo, ambulate, družinski zdravniki*

POVZETEK - V prispevku se osredotočamo na potrebo po uvedbi novega koncepta pomoči v osnovnem zdravstvenem varstvu (osebni pristop v zdravstvu v dialogu s koncepti socialnega dela: koncept delovnega odnosa in izvirnega delovnega projekta pomoči), ki je bistven predvsem zaradi naraščanja števila obolelih za kroničnimi boleznimi in porasta števila starih ljudi. Zanimale so nas prednosti, ki jih tak način dela prinaša za paciente, profesionalce in politiko. Opiramo se na rezultate mnogih raziskav in projektov ter na rezultate raziskave v Zdravstvenem domu Ljubljana (ZDL). Rezultati raziskav kažejo, da pri pacientih zasledimo povečanje zadovoljstva pri obravnavi in izboljšanje kvalitete življenja. Prav tako se izboljša varnost pacientov in rezultati zdravljenja. Pri profesionalcih zasledimo boljše delovno zadovoljstvo, pri izvajalcih pa zmanjšanje stroškov zdravljenja in večjo skladnost pri zdravljenju. Politiki lahko pokažejo izboljšanje javnega zdravja in močnejšo zdravstveno ekonomijo.

UDC 614.2-052:364-2

KEY WORDS: *personal approach, general practitioner's clinic*

ABSTRACT - In this article we focus on the need of a new concept of aid in primary health care (personal approach in health care through the dialogue with the concepts of social work: the concept of a working relationship and original work project aid), which is essential, mainly because of the increasing number of people suffering from chronic diseases and older people in society. We were interested in the benefits this way of working brings to patients, professionals and policy. We relied on the results of several studies and projects and the results of research at the Community Health Centre Ljubljana (CHC Ljubljana). The research results show the patients' increased satisfaction with treatment and improvement of the quality of life, safety of patients and treatment results. We also traced better job satisfaction in the professional sphere, while performers are reducing the cost of treatment and greater consistency in treatment is seen. Politicians can show improvement of public health and stronger health economics.

1 Uvod

Zdravstveni sistem je v letu 2016 pod velikimi pritiski: demografske spremembe, nove bolezni, napredovanja v tehnologiji, naraščajoča pričakovanja pacientov in omejena sredstva. Vse to dela zdravstveni sistem nestabilen in neučinkovit. Prav tako je zdravstveni sistem tudi pred veliko preizkušnjo, in sicer pred vedno večjo razširjenostjo kroničnih bolezni (Rasmussen, Jorgensen in Leyshon, 2014).

Avtorica Ovsenik (2011) opozarja na staranje populacije. Eurostatove projekcije napovedujejo povečanje števila prebivalstva do leta 2035. Leta 2008 je bilo 495,4 milijona starih, leta 2035 520,7 milijona, leta 2060 pa še 505,7 milijona. S staranjem populacije se veča tudi odstotek kroničnih bolnikov. Z omenjenima problemoma se srečujemo tudi v ambulantah družinskega zdravnika, kjer je vse več uporabnikov stare populacije s kroničnimi obolenji. Ambulanta družinskega zdravnika je prostor, kjer pacienti nemalokrat preživljajo resna krizna stanja (kronična obolenja). Glavni problem je, da zdravstvenemu timu pogosto zmanjka časa za individualno obravnavo.

Ob začetku zdravljenja tako velikokrat rešujejo samo »telesne težave« - medicinski pristop. Tak model obravnave pacienta, katerega izvajalci so ves čas pod časovnim pritiskom prinaša pogosto slabe rezultate in je za paciente nevaren. Varnost pacientov pa je resen problem zdravstvenega sistema po vsem svetu. Na letnem nivoju je prešteti 43 milijonov varnostnih incidentov v zdravstvenih sistemih. Kar 23 milijonov incidentov ima za posledice invalidnost. Varnostni incidenti sodijo na 14 mesto na lestvici najpogostejših umrljivosti na svetu (Rasmussen, Jorgensen in Leyshon, 2014, str. 45). Vse to kliče po novem načinu razumevanja in organizacije zdravstvenega sistema. Zaradi tega so mnoge države pri zdravstvenih reformah pričele z implementacijo osebnega pristopa pri obravnavi pacientov. Koncept je bistven pri reševanju zgoraj naštetih problemov.

2 Osební pristop v zdravstvu v dialogu s koncepti socialnega dela: koncept delovnega odnosa in izvirnega delovnega projekta pomoči

Osební pristop v zdravstvu se prvič pojavi leta 1970, vendar so vanj mnogi dvomili. Dvajset let kasneje večina pozna koncept, leta 2001 pa je Institute of Medicine definirala osební pristop kot bistveni (odločilni) element v kvalitetni oskrbi pacienta. Pri tem mnogi avtorji poudarjajo, da je kriza v zdravstvu idealna priložnost za uveljavljanje novega koncepta (Rasmussen, Jorgensen in Leyshon, 2014, str. 51). Za osební pristop v zdravstvu je značilno, da pri komunikaciji s pacientom namesto vprašanja »Kaj je narobe« zasledimo vprašanje: »Kaj je za vas pomembno«. To je znak, da pacienta ne obravnavamo več samo kot pacienta ampak kot osebo (Rasmussen, Jorgensen, Leyshon, 2014). Slednje še lažje dosegamo, če pri obravnavi upoštevamo temeljni koncept socialnega dela, o katerem pišejo Gabi Čačinovič Vogrinčič idr. (2008) in pomeni vzpostavljane delovnega odnosa in osebnega stika, kar je pravzaprav tudi osnovna ideja osebnega pristopa v zdravstvu. Gre za pristop, ki so ga mnoge države upoštevale pri oblikovanju zdravstvenih reform, kot način izboljšanja klinične prakse v osnovnem zdravstvu. Zdravstveni sistem, ki deluje na način »popraviti« (zdraviti) ne prinaša dobrih rezultatov. Tega se zavedamo še posebej pri obravnavanju kroničnih bolezni. Sednjih ne moremo ozdraviti, torej omenjena definicija ne drži. Ljudem v primeru kroničnih bolezni moramo pomagati in jih naučiti obvladati njihovo situacijo (se prilagoditi, se naučiti živeti). V zdravstvu tako ne zaleže več samo medicinski (biološki) model oskrbe, ki upošteva samo fizične dimenzije zdravja. Vedno bolj prihaja do zavedanja, da je potrebno upoštevati tudi psihološke dimenzije. Iz tega izhaja tudi definicija zdravja WHO iz leta 1948, ki govori, da zdravje ni le odsotnost bolezni, ampak tudi duševno, telesno, čustveno in socialno ugodje/blagostanje (<http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/2187-8170.pdf>). Vendar si ne gre zatiskati oči, da mnogi v zdravstvenem sistemu ne upoštevajo sodobnega pristopa (osební pristop), pri katerem pacienta obravnavamo kot osebo z individualnimi potrebami in za katerega ne obstajajo univerzalni algoritmi za rešitev njegovih težav. V današnjem času smo sicer priča porastu raziskovanja na področju osebnega pristopa v zdravstvu. Prvi se

je s to idejo pričel ukvarjati in jo raziskovati Madžarski zdravnik Michel Balint. Minilo je več kot 60 let, ko je postalo to pogosto polje raziskovanja mnogih in kmalu je vsebina postala glavna tema raziskovanja. Med leti 1980 do 1990 je bilo na to temo objavljenih od 20 do 58 člankov, v letu 2012 pa je objavljenih več kot 2000 člankov (Rasmussen, Jorgensen in Leyshon, 2014).

Mnogi avtorji poudarjajo, da gre pri osebnem pristopu za koncept, ki izboljšuje kvaliteto dela v zdravstvenem sistemu. V zadnjih nekaj letih je ogromno inštitutov in univerz vzpostavilo oddelke in izvajajo projekte, v katerih raziskujejo osebni pristop v zdravstvu. Tudi WHO je v zadnjih letih povečala pozornost na omenjeno temo. Pri tem poudarja, da je integracija koncepta pomembna naloga, s pomočjo katere se bomo lažje odzivali na potrebe populacije (Rasmussen, Jorgensen in Leyshon, 2014).

Flaker (2012, str. 26) poudarja, da moramo biti previdni pri dajanju pomoči uporabnikom. Poudarja, da uporabniki s prejetjem pomoči izgubljajo moč za lastno ravnanje, postajajo predmet dela drugih ljudi, če je podpora, ki jo prejema neustrezna. Prav tako zagovarja, da moramo skupaj z uporabnikom delati ter tako ugotavljati kar hoče, želi, potrebuje (Flaker, 2003, str. 250).

Slednjega se v ZDL zavedamo tudi, ko delamo z uporabniki na področju preventive. Večina zdravstvenih institucij izvaja preventivo v obliki predavanj, kjer posameznikom razlagajo, kaj je za njih boljše in bolj zdravo. Sami izvajamo preventivo z izkustveno metodo (simulacije v zdravstvu), s katero posameznik spozna posledice s katerimi se bo moral v nadaljevanju svojega življenja z veliko verjetnostjo spopadati, zaradi nezdravega življenjskega sloga (težko dihanje pri kadilcu, težave z gibanjem po možganski kapi, težave z vidom, pospešen proces staranja zaradi kajenja ...). V preventivi izkoriščamo tudi pomen življenjskih zgodb, skozi katere spoznamo, kaj je za uporabnike zares pomembno (Urek, 2005).

Osebni pristop terja od zdravnika in zdravstvenega sistema prilagoditi in udejanjiti novi pristop v zdravljenju, v katerem dejansko ugotovimo današnje potrebe pacientov. Vendar zdravniki se učijo pristopa k pacientu po biološkem modelu (bolezen in zdravljenje), tako da niso vajeni se osredotočati na socialne in psihološke potrebe pacientov (Karla idr., 2010). Avtorica poudari, da se je potrebno postaviti v čevlje pacienta, da ugotoviš njegove prave potrebe.

Leta 1993 so na Harvardski medicinski fakulteti naredili veliko raziskavo (inetrjuji s pacienti, družinskimi člani, zdravniki, in drugimi zdravstvenimi profesionalci). Rezultati ki so jih predstavili so bistveni za razumevanje sodobnega koncepta z delom s pacienti (osebni pristop):

- Medsebojno spoštovanje je bistveno pri vsaki obliki komunikacije med ljudmi. Komunikacija med pacientom in zdravstvenim delavcem se mora pričeti z medsebojnim spoštovanjem. Pri tem se je potrebno zavedati, da oba vstopata v komunikacijo s svojimi izkušnjami in pričakovanji.
- Koordinacija dela je bistvena, zlasti kadar pacient potrebuje pomoč pri različnih izvajalcih.
- Vključevanje socialne mreže pacienta je lahko odlična pridobitev (Rasmussen, Jorgensen in Leyshon, 2014).

Koncept osebnega pristopa je še uspešnejši v dialogu s koncepti socialnega dela: koncept delovnega odnosa in izvirnega delovnega projekta pomoči. Če ga podkrepimo s koncepti socialnega dela, se bomo z njegovo pomočjo še lažje, kot pravi avtorica Čačinovič Vogrinčič (2006), odzvali na posebnosti, drugačnosti in ustvari nove možnosti tam, kjer zgolj znotraj običajnega, znanega, rešitve ni mogoče najti. In v zdravstvu pogosto naletimo na »posebnosti in drugačnosti«, na katere se je nujno potrebo odzvati. Odnos z uporabniki (pacienti, svojci, zdravstvenim timom) je potrebno vedno definirati kot delovni odnos, ki nam vedno znova omogoča raziskovanje in sooblikovanje dobrih izidov (soustvarjanje rešitev), in sicer na osnovi pogovora (Čačinovič Vogrinčič, 2006, str. 22). Spomnim se mnogo situacij v kliničnem okolju, ki jih lahko opredelim kot »posebnost in drugačnost«, in kjer znotraj običajnega medicinskega pristopa nismo našli rešitve.

Delovni odnos uporabnike in strokovnjake definira kot sodelavce v skupnem projektu, ki imajo nalogo, da soustvarijo deleže v rešitvi. Delovni odnos omogoči, da je soustvarjanje rešitev za kompleksne probleme zastavljeno vsakokrat znova kot enkratni delovni projekt. Elementi delovnega odnosa so: dogovor o sodelovanju, instrumentalna definicija problema in soustvarjanje rešitev, osebno vodenje, perspektiva moči, etika udeležnosti, znanje za ravnanje in ravnanje s sedanjostjo. Vsak element pripomore svoj delež k temu, da sogovornik ostane ekspert na podlagi svojih osebnih izkušenj v soustvarjalnem procesu. Dogovor o sodelovanju je obredni začetek (Čačinovič Vogrinčič, 2015). V zdravstvu se pogosto pojavljajo kompleksni problemi (kronični pacienti, stari), katere bi lahko reševali z elementi delovnega odnosa. Avtorica Čačinovič Vogrinčič (2015) navaja, da je ključne koncepte nove, nastajajoče teorije ravnanja v Sloveniji strnila v koncept soustvarjanja procesov podpore in pomoči v delovnem odnosu, v katerem se oblikujejo individualni projekti podpore in pomoči. V praksi se uveljavlja model podpore in pomoči v soustvarjalnem delovnem odnosu, v katerem je človek ekspert na podlagi osebnih izkušenj, strokovnjak pa njegov spoštljivi in odgovorni zaveznik.

Čačinovič Vogrinčič (2015) poudarja, da koncept soustvarjanja definira odnos in proces pomoči hkrati. Odnos med uporabnikom in socialnim delavcem je odnos med nekom, ki je ekspert na podlagi osebnih izkušenj, in spoštljivim in odgovornim zaveznikom. Besedica »so-« je prava, saj gre za so-delovanje, so-raziskovanje, so-ustvarjanje, ki ga izpeljejo so-govororniki, so-potniki, so-delavci v procesu pomoči. Avtorica prav tako poudarja, da v socialnem delu ni vnaprej določenih rešitev, temveč so veljavne tiste enkratne, ki jih ljudje ustvarijo v sodelovanju v sedanjosti.

Pregled literature

Prednosti, ki jih prinaša nov koncept dela so v literaturi opisane kot zadovoljstvo pacientov, zadovoljstvo zaposlenih, boljši rezultati zdravljenja in optimalizacija stroškov zdravljenja.

Skoraj vse študije pri pregledu literature opisujejo pozitiven odnos med osebnim pristopom in pacientovim zadovoljstvom ter dobrim počutjem. National Endowment for Science, technology and the Art (Nesta) je po pregledu 51 študij povzela, da persona-

liziran pristop prinaša pridobitve vsem udeležencem v procesu. Našteli so izboljšave, ki jih v proces obravnave prinaša osebni pristop: pacientovo zadovoljstvo z boljšo izkušnjo in učinkovitejšim kliničnim zdravljenjem, pacientova izkušnja pri udeleženi pri oskrbi (soustvarjanje), delovno zadovoljstvo med zdravstvenimi delavci, soustvarjanje in samostojnost v procesu zdravljenja, boljši rezultati zdravljenja omogočajo, da so pacienti dlje časa samostojni in primarni zdravstveni nivo omogoča pacientu samooskrbo. V povzetku pregleda 51 raziskav so navedli tudi zmanjšanje naslednjih elementov: beleženje zdravstvenih napak, hospitalizacij, ponovnih hospitalizacij, daljših hospitalizacij, uporabo primarnega in sekundarnega nivoja in zmanjšanje stroškov zdravljenja.

Pacienti z novim načinom dela izražajo večje zadovoljstvo pri obravnavi. Pri pregledu 40 znanstvenih prispevkov smo zaznali velik poudarek v zadovoljstvu pacientov v povezavi s personaliziranim pristopom. Zanimiva je tudi raziskava, ki poudarja signifikantno korist pri kliničnem izhodu, kadar zdravnik pacienta obravnava z upoštevanjem koncepta osebnega pristopa. V tem primeru je bilo med 123 pacienti, v 71 % dober rezultat klinične obravnave. V primeru, ko pacient ni bil obravnavan celostno je bil rezultat ugoden za pacienta samo v 46 %. Prav tako ne gre zanemariti izboljšanja kvalitete življenja pri kroničnih bolnikih v primeru osebnega pristopa. Obravnava se kot strokovnjaki, ki dobro poznajo svoje zdravstveno stanje in svojo bolezen, zdravnik pa je strokovnjak, ki jo zna zdraviti. S sodobnim konceptom obravnave se izboljša tudi varnost pacientov. Avtorji poudarjajo, da je bistvo osebnega pristopa prav varnost pacienta. Prednosti ki jih pridobimo pri obravnavi pacientov je tudi izboljšanje komunikacije in vodenja pacienta. Komunikacija je bistvena pri obravnavi pacientov. Pregled literature je pokazal, da novi koncept dela prinaša tudi pozitiven trend v tej smeri. (Rasmussen, Jorgensen in Leyshon, 2014).

3 Opis problema

Zaradi želje po zmanjšanju odstotka kroničnih obolenj in uspešnejšega dela v ambulantni družinskega zdravnika je potrebno razmišljati o sodobnih konceptih obravnave pacienta. Osebni pristop v zdravstvu v dialogu s koncepti socialnega dela (koncept delovnega odnosa in izvirnega delovnega projekta pomoči) v ambulantni družinskega zdravnika je timski, inovativen in učinkovit, nov pristop k zgodnji pomoči in samopomoči, ki izboljša rezultate zdravljenja ter poveča zadovoljstvo bolnikov. Gre za k »ljudem usmerjen pristop«. Pacienti so vključeni v proces obravnave, soustvarjajo, sodelujejo pri odločitvah in so informirani.

4 Namen in cilj

Študija je namenjena ocenitvi učinkovitosti osebnega pristopa v zdravstvu v dialogu s koncepti socialnega dela (koncept delovnega odnosa in izvirnega delovnega projekta

pomoči) v timu osnovnega zdravstva, predvsem v primeru, ko imamo opravka s pacientom z nizko motivacijo. Zanimale nas bodo razlike uspehu zdravljenja (spremembe življenjskega sloga) med skupino, ki je bila del programa, in kontrolno skupino s konvencionalno oskrbo.

Osnovna teza raziskave

Personaliziran pristop v zdravstvu v dialogu s koncepti socialnega dela (koncept delovnega odnosa in izvirnega delovnega projekta pomoči) kot koncepta pomoči v osnovnem zdravstvenem varstvu zagotavlja izboljšanje sodelovanja uporabnikov zdravstvenih storitev, spremembe življenjskega sloga uporabnikov zdravstvenih storitev ter izboljšanje rezultatov zdravljenja, izboljšanje zadovoljstva med uporabniki ter izvajalci, ter zagotavlja stroškovno učinkovit pristop.

5 Metodologija

Testiranje 610 pacientov je potekalo od 1. novembra 2015 do 1. junija 2016 v ZDL. Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji, saj smo spremenljivke merili in dobljene meritve (podatke) kvantitativno analizirali. Osnovna ideja je, da zdravstveni tim v osnovnem zdravstvu uporabi pri delu z uporabniki osebni pristop v zdravstvu v dialogu s koncepti socialnega dela, katere spretnosti bi učili in skrbeli za implementacijo v prakso prav socialni delavci. Zdravstveni tim je ob upoštevanju osebnega pristopa poskušal pri posamezniku ki ga ogroža kronična nenalezljiva bolezen doseči uvid. Za še lažje doseganje uvida so uporabili simulacije v zdravstvu, kot izkustvena metoda, s katero bo pacient spoznal posledice s katerimi se bo moral v nadaljevanju svojega življenja z veliko verjetnostjo spopadati, zaradi nezdravega življenjskega sloga (težko dihanje pri kadilcu, težave z gibanjem po možganski kapi, težave z vidom, pospešen proces staranja zaradi kajenja ...).

6 Rezultati

V študijo je bilo do sedaj vključenih 610 pacientov, od tega je bilo 34 pacientov (z nizko motivacijo za sodelovanje) obravnavanih z novim konceptom pomoči v osnovnem zdravstvenem varstvu (osebni pristop v zdravstvu v dialogu s koncepti socialnega dela: koncept delovnega odnosa in izvirnega delovnega projekta pomoči).

Ta študija nakazuje, da je osebni pristop k uporabniku (koncept delovnega odnosa in izvirnega delovnega projekta pomoči) v ambulanti družinskega zdravnika obetaven.

Pri skupini, ki je bila del programa (N = 34) zaznavamo v 98 % izboljšanja ocene pripravljenosti za spremembe iz 0-3 na 6 ali več. V tej isti skupini v 40 % zaznavamo spremembe v življenjskem slogu, ter v 30 % izboljšanje v funkcionalnem stanju (zmanjšanje ogroženosti za kronično nenalezljivo bolezen). Pri skupini, ki je bila del programa so v 94 % ocenili zadovoljstvo z obravnavo z maksimalno oceno.

Pri kontrolni skupini s konvencionalno oskrbo nismo zaznali izboljšanj v oceni motivacije, prav tako nismo zaznali sprememb v življenjskem slogu.

7 Razprava in zaključek

Razmere v zdravstvu so danes resne. Dnevno naraščanja kroničnih bolnikov, naraščanje starih, socialna nepravilnost dostopa do zdravstvenih storitev, pomanjkanje zdravstvenega kadra, prevelike obremenitve zdravstvenega kadra in pomankanje sredstev v zdravstvu. Vse to kliče po novem načinu razumevanja in organizacije zdravstvenega sistema. Zaradi tega so mnogi pri zdravstvenih reformah pričeli z implementacijo osebnega pristopa pri obravnavi pacientov. Koncept je bistven pri reševanju zgoraj naštetih problemov.

Iskali smo prednosti, ki jih novi koncepti pomoči v osnovnem zdravstvenem varstvu (osebni pristop v zdravstvu v dialogu s koncepti socialnega dela: koncept delovnega odnosa in izvirnega delovnega projekta pomoči) prinaša za paciente, profesionalce, izvajalce, politiko. Pri pacientih zasledimo povečanje zadovoljstva pri obravnavi in izboljšanje kvalitete življenja. Prav tako se izboljša rezultate zdravljenja.

Kljub temu, da je dokazano, da je model uspešen, se avtorji sprašujejo, zakaj je toliko težav pri implementaciji. Pri tem izpostavljajo, da se morajo profesionalci naučiti novega pristopa (naučiti se novih veščin), kjer sam vidim pomembno vlogo socialnega delavca v timu družinskega zdravnika. Dnevno bi člane zdravstvenega tima učil veščin koncepta delovnega odnosa in izvirnega delovnega projekta pomoči (personaliziran pristop v zdravstvu).

Primarno zdravstvo v Sloveniji pestijo podobni izzivi kot ves zdravstveni sistem na primarnem nivoju po svetu (povečanje kroničnih bolnikov, staranje prebivalstva, finančna kriza, pomankanje zdravnikov). Zato je smiselno uvajati sodobnih konceptov obravnave pacientov, kar osebni pristop v zdravstvu v dialogu s koncepti socialnega dela: koncept delovnega odnosa in izvirnega delovnega projekta pomoči zagotovo so. Opažamo že prve rezultate (zadovoljstvo pacientov, zadovoljstvo zaposlenih, finančni rezultati zavoda), zato nameravamo vztrajati pri raziskovanju omenjenega koncepta.

S pregledom literature smo ugotovili, da skoraj vse študije opisujejo pozitiven odnos med personaliziranim pristopom in pacientovim zadovoljstvom ter dobrim počutjem.

Raziskava nakazuje, da nam tak način dela omogoča uspešne rezultate tudi v primeru socialno ogroženih bolnikov ter tistih z nizko motivacijo za spremembe (98 % izboljšanja ocene pripravljenosti za spremembe).

LITERATURA

1. Čačinovič Vogrinčič, G. (2006). Socialno delo z družino. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
2. Čačinovič Vogrinčič, G. (2015). Soustvarjanje pomoči v socialnem delu. *Socialno delo*, 54, (3–4), 179–187.

3. Čačinovič Vogrinčič, G., Kobal, L., Mešl, N. in Možina, M. (2008). Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebnega stika. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
4. Flaker, V. (2003). Temeljne in nujne spretnosti socialnega dela. *Socialno delo*, 42, (4–5), 237–257.
5. Flaker, V. (2012). K taksonomiji (storitev) socialnega varstva. Varianta 1.2.4, 28. 4. 2011. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (delovno gradivo).
6. Karla, S., Baruah, M., Ganapathy, M., Ganiea Sahay, R. and Unnikrishnan, A. (2010). Patient centred approach to diabetes management: The dawn Philosophy. *The Internet Journal of family practice*. 8 (1–6).
7. Ovsenik, M. (2011). Staranje - izziv znanosti. V D. Železnik in B. Kaučič (ur.), *Gradimo prihodnost: odprti za spremembe in nove izzive na področju raziskovanja zdravstvenih in socialnih ved* (str. 68–79). Laško: Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec,.
8. Rasmussen, E., Jorgensen, K. in Leyshon, S. (2014). Person-centred care. *DNV GL and Monday Morning/ Sustainia*, 37, 39.
9. Urek, M. (2005). *Zgodbe na delu*. Ljubljana: Cf. 2005.
10. World health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. 2005. Pridobljeno februarja 2016, s [http:// www. who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf).

Etika in vrednote v zdravstveno-socialni oskrbi

UDK 614.253:17

KLJUČNE BESEDE: etika, vrednote, zdravstveni delavci

POVZETEK - Etika je stara toliko, kot je staro človeštvo. Že v prazgodovini se je moral človek ravnati po plemenskih vrednotah in zakonitostih. Etika je filozofska panoga ali disciplina, ki se ukvarja s preučevanjem in oblikovanjem medčloveških odnosov. V zdravstvu pomeni, da zdravstveni delavci skrbijo za zdravje, preprečujejo bolezni in pomagajo bolnim. V zdravstvu je etika vedno aktualna in nikoli zastarela. V današnjem času so vrednote najpomembnejša določila družbe in kulture. Etične vrednote se nanašajo na ravnanje in odnos do drugih ljudi, do drugih živih bitij in do samega sebe. Namen prispevka je teoretično predstaviti pojma etika in vrednote ter njuno povezanost v zdravstvu. Empirični del predstavlja raziskavo in ugotavljanje etičnih vrednot v zdravstvu. Cilj raziskave je, da na podlagi pridobljenih rezultatov ankete predstavimo povezanost etike in vrednot v zdravstvu.

UDC 614.253:174

KEY WORDS: ethics, values, health care providers

ABSTRACT - Ethics is as old as humanity. Already in prehistoric times, the human had to follow the tribe values and laws. Ethics is a philosophical discipline or discipline that deals with the study and creation of human relationships. Ethics in health care means that health professionals take care of the health, prevent diseases and help the sick people. The medical ethics is always current and never outdated. Nowadays, the values are the most important conditions of society and culture. Ethical values are related to the attitudes and behaviour of other people, other living creatures and to one's self. The purpose of this article is to present the theoretical concept of ethics and values, and their relationship to health care. The empirical part presents the research findings and ethical values in health care. The aim of the research is to present the correlation of ethics and values in health care, based on the results of the survey.

1 Uvod

V raziskovalnem članku bo naša osrednja tema etika in vrednote v zdravstvenem svetu. Etika in vrednote sta v današnjem času pomemben faktor pri izvajanju pozitivnega delovanja zdravljenja v zdravstvu. Etika v zdravstvu pomeni, da zdravstveni delavci skrbijo za zdravje, preprečujejo bolezni in pomagajo bolnim. Dotaknili se bomo tudi pojma vrednot.

Članek je razdeljen na dva dela in sicer na teoretični in empirični del. V prvem delu se bomo osredotočili na definicije etike in vrednot v zdravstvenem socialnem svetu. V drugem delu bomo izvedli anketo kjer nam je glavni cilj odgovoriti na raziskovalna vprašanja, ki jih bomo postavili.

2 Opredelitev osnovnih pojmov

Etika je filozofska disciplina, ki obravnava merila človeškega hotenja in ravnanja glede na dobro in zlo. Naloga etike je, da se ukvarja z vprašanji kot so Kakšno življenje je vredno živeti? Kako naj ljudje živijo? Kaj pomeni živeti dobro življenje in Kakšno življenje je najbolj polno? Etiko delimo na (Fink, 2010, str. 8):

»osebno (pomeni skupek osebnih, moralnih vrednot, s katerim nekdo živi in zaznamuje njegov pristop k reševanju etičnih vprašanj ter njegov odnos do drugih oseb), profesionalno etiko (pomeni dogovorjena pravila oziroma pričakovano vedenje neke poklicne skupine. Običajno so ta pravila zbrana v kodeksu etike, ki članom skupine predpisuje vedenje v skladu z načeli kodeksa. Etika se kot taka povezuje s praktičnim prepričanjem posebne skupine ljudi (npr. etika medicinske sester, novinarska etika, okoljevarstvena etika).«

Pri zdravniški etiki se ukvarjajo z moralnimi vprašanji v zdravniški praksi. Kot akademska disciplina je »zdravniška etika razvila svoj specializiran besednjak, ki vključuje mnoge izraze, izpolnjenimi iz filozofije« (Dolenc, 1997, str. 73).

2.1 Zdravniška etika

Etika v zdravstvu je zelo pomemben faktor. Etični principi, kot so spoštovanje ljudi, privolitev pacienta in zaupnost, so osnova odnosa med zdravnikom in bolnikom (Svetovno zdravniško združenje, 2016, str. 11).

3 Etična načela

Naloga zdravstvenih delavcev je, da pri svojem delu upoštevajo najpomembnejša splošna etična načela. Ta načela so načelo spoštovanja avtonomije, načelo dobronamernosti, načelo neškodljivosti in načelo pravičnosti. Načelo, ki smo jih našel pa so vodilo pri sprejemanju moralno-etičnih odločitev. Ne predstavljajo pa absolutne in nezmotljive resnice. Vsa načela so opisana spodaj.

Prvo načelo, ki ga bomo opisali je načelo avtonomije, ki ima pomen kot je izbira, svobodna volja, zasebnost in odločanje. Načelo avtonomije zahteva spoštovanje nje-gove pravice, da odloča o sebi. Pod pravico pa štejemo pravico do obveščenosti pacienta, ki mu na razumljiv način razložimo postopke in posege zdravljenja. Pacient se mora strinjati s postopki in posegi zdravljenja kar imenujemo informiran pristanek. V primeru nepopolne informiranosti pa pacient nima možnost izbire in odločanja, saj nepopolna obveščenost vodi do izgube avtonomije. Informacije, ki jih pacient dobiva od zdravstvenih delavcev pa vplivajo na pacientovo bolezensko stanje, starost, umske sposobnosti in kulturo. Drugo načelo je načelo dobronamernosti, ki pomeni delati dobro in v korist drugega. Vsi zdravstveni delavci so zagovorniki v korist pacienta, ki mu nudijo fizično, psihično in moralno podporo. Delovanje zdravstvenih delavcev mora temeljiti predvsem na odločitvah v korist pacienta in na odločitvah, ki pacientu krepijo, ohranjajo in obnavljajo zdravje in s tem lajšajo trpljenje. Znotraj načela morajo krepiti in promovirati zdravje, blagostanje, delovati morajo zdravstveno vzgojno. Tretje načelo je načelo neškodljivosti, ki vključuje preprečitev kakršnekoli fizične, psihične ali socialne škode. V omenjenem načelu morajo zdravstveni delavci preprečiti škodo pacientu. Vsak delavec je dožen izvajati kompetentno zdravstveno nego in delovati v skladu z razvojem stroke. Zadnje načelo je načelo pravičnosti, ki pomeni, da imajo vsi pacienti enake pravice do zdravstvene nege in oskrbe. To pomeni,

da mora biti obravnavan v skladu s svojimi potrebami (Tschudin, 2003, str. 2). Ritta Manning je raziskovala zdravniško etiko, kjer je spoznala, da tvorijo etiko skrbi pet elementov, ki so opisani v nadaljevanju (Tschudin, 2003, str. 3):

- »etična drža (osnova potreba v vseh podrobnih situacijah. Zahteva, da ima oseba, ki daje skrb, čas ter je zmožna in pripravljena pomagati na holističen način),
- sočutno razumevanje (brezpogojno pozitivno spoštovanje oziroma sposobnost videti druge ljudi in njihov svet, kot ga vidijo sami),
- pozoren odnos (opisan v treh stopinjah: kot razmerje med prijatelji, kot razmerje potreb in možnosti ter kot razmerje med strokovnjakom in stranko in bolnikom),
- prilagodljivost (zadeva vse spletene. Vsako razmerje vpleta druga razmerja. To pomeni, da je potrebno, da je potrebno prisluhniti vsem vpletenim v neko razmerje),
- odzivnost (logična posledica, ki izhaja iz pozornosti, razumevanja in razmerja. Postanemo pooblaščen, da ravnamo skladno s tem, kar posameznik je, kar pove, kar sporoča, kar potrebuje in kar si morda želi. To pomeni, da smo posameznika slišali.«

4 Teorije etičnega odločanja

V zdravstvenem svetu so prisotne etične teorije, ki vplivajo na delovanje odnosov med zdravstvenimi delavci in pacienti. Najpomembnejše teoriji sta etika vrlin in etika skrbi, ki jih bomo opisali v nadaljevanju (Fink idr., 2010, str. 101).

4.1 Etika vrlin

»Vrlina pomeni pozitivno lastnost posameznika, ki je moralno značajska. Etika vrlin poudarja dejanja, ki vodijo k sreči posameznika, ker so dobra. Iz iskrenega, velikodušnega, sočutnega, notranje izpolnjenega in srečnega človeka izhajajo tudi etično dobra dejanja«. (Fink idr., 2010, str. 101)

Za zdravstveno okolje so zelo pomembne vrline kot so na primer pravičnost, zmernost, srčnost, poštenost, resnicoljubnost, razsodnost, umirjenost in modrost. Vse našete vrline pa posamezniku omogočijo občutek globoke sreče, notranjega zadovoljstva, samouresnitve. Pri etiki vrlin se pojavljajo vprašanja kot na primer »Kaj je zame kot človeka kakovostno (izpolnjeno) življenje, kakšna oseba si želim postati in kako naj dosežem zastavljene cilje?« (Fink idr., 2010, str. 102).

4.2 Etika skrbi

Etiko skrbi je prvi razvil Carol Gilligan in sicer leta 1982 (Tschudin, 2004, str. 1).

Za etiko skrbi je značilno, da zaposleni v zdravstvu pomagajo tistim, ki so pomoči potrebni. Pri omenjeni etiki je vodilno načelo, da ljudje potrebujejo drug drugega in da lahko kot posamezniki obstajajo le, če z drugimi navezujejo razmerja skrbi. V etiki so vključeni naslednje etične elementi (Fink idr., 2010, str. 103):

- »pozornost (ugotavljanje, zastavljanje in priznavanje potreb drugega s pomočjo empatičnega razumevanje. Pozornost do drugega je eden najpomembnejših ele-

mentov etike skrbi. Zmožnost biti pozoren ni prirojena in se ne razvije pri vsakem človeku. Znati moramo biti občutljivi za potrebe drugih in imeti razvit notranji čut, ki nam omogoča zaznati, kdaj nekdo potrebuje našo pozornost),

- odgovornost (odgovornost pomeni, da smo za svoja dejanja odgovorni in da smo pripravljeni sprejeti posledice svojih ravnanj),
- kompetentnost (pristojnost in usposobljenost za izvajanje kakovostne zdravstvene nege. Medicinska sestra se mora zavedati, da je kakovostna skrb pri izvajanju zdravstvene nege pacienta možna samo s stalnim izobraževanjem ter pridobivanjem novih znanj in spretnosti),
- odzivnost (povratna informacija o učinku skrbi, ki mu je bila izkazana).«

5 Vrednote

Definicija vrednote je, da so »naša življenjska vodila, naša prepričanja« (Fink idr., 2000, str. 17).

Imamo dve vrsti vrednot in sicer abstraktne in konkretne. Pod abstraktne vrednote spadajo mir, svoboda, lepota, resnica in sreča. Pod konkretne pa denar, poklic, blagostanje in podobno. Ne smemo pozabiti, da so vrednote cilj in ne sredstvo. Gre za cilje, ki se jih človek trudi doseči, in ne za metode, ki jih uporablja za doseg ciljev. Pomenijo jedro človekovih stališč in prepričanj in so zelo pomembne pri oblikovanju človekove osebnosti in značaja, nujne so za medsebojno sožitje in mir med ljudmi (kriminal, korupcija, nasilje, konfliktov). Vrednote posameznika so zelo pomemben člen pri pomembnih življenjskih odločitvah kot so na primer: odločanje za šolanje, poklic, delo, interesne dejavnosti, v umetnosti, pri partnerstvu, v zakonu, družini, pri oblikovanju nazora, zdravje itd. Vrednote oblikujejo tudi življenjske namere in ustrezno obnašanje. Vedenjska namera je trdna notranja odločenost, v skladu s katero se je treba tudi vesti. Vsak posameznik se vede v skladu z vrednotami in predstavami o lastnih zmožnostih (Fink idr., 2000, str. 18).

5.1 Razvojna hierarhija vrednot

Hierarhija vrednot se začne že v obdobju mladostništva. Vrednote delimo na (Fink idr., 2000, str. 18):

- »hedonske vrednote: hedonizem je nauk, da se smisel življenja nahaja v čutni nasladi,
- potenčne vrednote: poklicni ali politični uspeh, slava, ugled, moč, priznanje, denar,
- moralne vrednote: vrednote dolžnosti in odgovornosti. Sem uvrščamo moralno-etične vrednote, kot so poštenost, dobrot, pravičnost, pogum, radodarnost, delavnost; demokratične vrednote: enakost, svoboda, strpnost, napredek; socialne vrednote: ljubezen do bližnjega, altruizem ali nesebična pomoč, skrb za drugega, prijateljstvo; družinske vrednote: družinska sreča, dom, skrb za otroke).«

Vsaka oseba, ki je zaposlena v zdravstvenem okolju mora imeti določene osebnostne lastnosti, ki se kažejo s ponotranjenimi oziroma sprejetimi načeli oziroma vrednotami

poklica. Za zagotavljanje zdravstvene nege na visoki in strokovni ravni ne zadostujejo le teoretična znanja in številne izkušnje, ampak je potrebno tudi nenehno razmišljanje o svojem delu in ravnanju in oblikovanju moralnih vrednot, kar omogoča razvoj določene modrosti in zrelosti. V zdravstvu je zel pomembna profesionalna ali strokovna vrednota (dobronamernost, neškodljivost, pravičnost, spoštovanje avtonomije pacienta, pozornost, odgovornost in skrb).

6 Raziskava

6.1 Namen in cilji raziskave

Problem s katerim se bomo ukvarjali je, da ugotovimo katere vrednote in etična vodila prevladujejo v zdravstvenem socialnem svetu.

Osnovni namen raziskave je, da s pomočjo teorije, ki smo jo oblikovali na osnovni teoretičnih dognanj iz literature področja etike in vrednot v zdravstvu. Glavni cilj raziskave je odgovoriti na raziskovalna vprašanja. Za doseglo glavnega cilja je treba doseči naslednje cilje:

6.2 Raziskovalna vprašanja

V raziskavi smo si zastavili naslednji vprašnji:

1. Katera etična vodila prevladujejo v zdravstveno socialni oskrbi?
2. Katera vrednota prevladuje v zdravstveno socialni oskrbi?

6.3 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Da bi raziskovalna vprašanja lahko oblikovali, smo najprej raziskali podatke, ki so po svoji naravni sekundarni (pregled virov in literature ter spletnih strani). Tako smo pridobili teoretično podlago, ki nas je usmerjala pri delu. Nato smo opravili anketni vprašalnik preko IKE.

Za merski instrument je anketa odprtega tipa, vprašalnik so izpolnjevali vsi, ki imajo dostop do spletne ankete IKE. Anketa je bila anonimna.

Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz sedmih vprašanj, od tega so prva tri vprašanja demografska, ki zajemajo spol, starost, doseženo stopnjo izobrazbe.

Ostala vprašanja pa so se nanašala na etiko in vrednote v zdravstvenem okolju. Vprašanja oziroma trditve v vprašalniku so bile zastavljene v tej smeri, da pridobimo odgovore na raziskovalna vprašanja.

Vsako vprašanje vsebuje po pet trditve. Za izražanje svojega strinjanja oziroma nestrinjanja s posameznimi trditvami, ki se nanašajo na temo, ki smo jo obravnavali.

Naloga vprašanih je bila, da na ponujeni lestvici po svojem mnenju ocenijo posamezno trditev:

1. sploh se ne strinjam,
2. delno se ne strinjam,
3. ne morem se odločiti

4. delno se strinjam,
5. popolnoma se strinjam in

1. mi ne pomenijo,
2. mi delno ne pomenijo,
3. ne morem se odločiti,
4. mi delno pomenijo,
5. mi zelo veliko pomenijo.

6.4 Opis instrumenta

Da bi raziskovalna vprašanja lahko oblikovali, smo najprej raziskali podatke, ki so po svoji naravni sekundarni (pregled virov in literature ter spletnih strani). Tako smo pridobili teoretično podlago, ki nas je usmerjala pri delu. Nato smo opravili anketni vprašalnik preko IKE.

6.5 Opis vzorca

Raziskava je usmerjena na vsakega posameznika, ki je izpolnil anketo in vsak posameznik predstavlja eno vzorčno enoto. Ker vzorčne enote niso izbrane slučajno, govorimo o ne verjetnostnem vzorčenju. V anketi je sodelovali 68 anketirancev, od tega 17 moških in 51 žensk. Do 20 let je bilo trinajst anketirancev. Med letom 21 in 40 let je bilo 43 anketiranih oseb, 10 oseb je bilo med 41 let in 60 let, nad 61 let sta dva anketiranca.

6.6 Opis obdelave podatkov

Po končanem anketiranju smo podatke prenesli v program Excel, kjer smo podatke podrobneje obdelali. S pomočjo Excela smo izračunali aritmetično sredino za posamezno področje, ki smo raziskovali. V tabelah za posamezni dejavnik so izračunane srednje vrednosti za posamično trditev. Prikazane so absolutne frekvence (f) in relativne (f%).

7 Rezultati

V nadaljevanju so opredeljeni rezultati ankete.

Povprečno oceno spodaj omenjenih trditev je 2,8. Najvišjo oceno je dobila trditev Etični problemi in dileme so pogostejše v zadnjih letih. Najmanjšo oceno sta dobili trditvi Vsi pacienti so v zdravstvu obravnavani enako in Dostop do zdravstvenih storitev je enak za vse.

Tabela 1: Ali se strinjate s spodnjimi trditvami?

Podvprašanja	Ali se strinjate s spodnjimi trditvami?						Št. enot	Pov.
	Odgovori							
	Sploh se ne strinjam	Delno se ne strinjam	Ne morem se odločiti	Večinoma se strinjam	Popolnoma se strinjam	Skupaj		
Odnos zdravstvenih delavcev do pacientov je enak kot pred krizo	6 (9 %)	21 (31 %)	14 (21 %)	21 (31 %)	6 (9 %)	68 (100 %)	68	3,0
Vsi pacienti so v zdravstvu obravnavani enako	30 (44 %)	12 (18 %)	11 (16 %)	6 (9 %)	9 (13 %)	68 (100 %)	68	2,3
Dostop do zdravstvenih storitev je enak za vse	27 (40 %)	17 (25 %)	5 (7 %)	12 (18 %)	7 (10 %)	68 (100 %)	68	2,3
Kršitve pacientovih pravic so pogostejše kot pred krizo	13 (19 %)	18 (26 %)	17 (25 %)	8 (12 %)	12 (18 %)	68 (100 %)	68	2,8
Etični problemi in dileme so pogostejše v zadnjih letih	4 (6 %)	11 (16 %)	14 (21 %)	21 (31 %)	18 (26 %)	68 (100 %)	68	3,6
							Pov. ocena	2,8

Vir: Lastni vir, 2016.

Tabela 2: Koliko vam pomenijo našete vrednote v zdravstven socialni oskrbi?

Podvprašanja	Koliko vam pomenijo našete vrednote v zdravstveno socialni oskrbi?					Št. enot	Pov.	
	Odgovori							
	Mi ne pomenijo	Delno ne pomenijo	Ne morem se odločiti	Delno pomenijo	Mi veliko pomenijo	Skupaj		
Poštenost	3 (4 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	25 (37 %)	40 (59 %)	68 (100 %)	68	4,5
Znanje	1 (1 %)	0 (0 %)	2 (3 %)	16 (24 %)	49 (72 %)	68 (100 %)	68	4,6
Dejavnost	1 (1 %)	0 (0 %)	5 (7 %)	21 (31 %)	41 (60 %)	68 (100 %)	68	4,5
Moralna načela	2 (3 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	20 (29 %)	45 (66 %)	68 (100 %)	68	4,6
							Pov. ocena	4,55

Vir: Lastni vir, 2016.

Iz rezultatov, ki smo jih dobili lahko vidimo, da anketiranim osebam zelo veliko pomenijo vrednote v zdravstvenem okolju. Povprečna ocena je 4,55. Najvišjo oceno sta dobili vrednoti moralna načela in znanje, najmanj pa poštenost in dejavnost.

Tabela 3: Koliko vam pomenijo našete etična vodila v zdravstveno socialni oskrbi?

<i>Koliko vam pomenijo našete etična vodila v zdravstveno socialni oskrbi?</i>					
<i>Podvprašanja</i>	<i>Odgovori</i>			<i>Št. enot</i>	<i>Povprečje</i>
	<i>Mi ne pomenijo</i>	<i>Delno ne pomenijo</i>	<i>Ne morem se odločiti</i>	<i>Delno pomenijo</i>	<i>Mi zelo veliko pomenijo</i>
Dobronamernost	4 (6 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	24 (35 %)	39 (57 %)
Delovanje v korist bolnika	2 (3 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	9 (13 %)	56 (82 %)
Pospeševanje zdravja	1 (1 %)	0 (0 %)	4 (6 %)	18 (26 %)	45 (66 %)
Ohranjanje zdravja	1 (1 %)	0 (0 %)	4 (6 %)	19 (28 %)	44 (65 %)
Preprečevanje bolezni	1 (1 %)	0 (0 %)	2 (3 %)	19 (28 %)	46 (68 %)
Zmanjšanje bolezni	1 (1 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	22 (32 %)	44 (65 %)
Pravičnost	2 (3 %)	0 (0 %)	2 (3 %)	21 (31 %)	43 (63 %)
Resnicoljubnost	2 (3 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	16 (24 %)	49 (72 %)
Dostop do storitev mora biti omogočen vsem, ne glede na spol, raso, socialni položaj ali vero	1 (1 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	16 (24 %)	50 (74 %)
Pacient mora biti informiran o zdravljenju, sodelovati pri odločanju in sprejeti končno odločitev	1 (1 %)	0 (0 %)	2 (3 %)	21 (31 %)	44 (65 %)
				Pov. ocena	4,12

Vir: Lastni vir, 2016.

Naslednja vprašanje se je nanašalo na etična vodila. Tudi to omenjeno vprašanje je dobilo veliko povprečno oceno in sicer 4,12. Anketirancem največ pomenijo, da zdravstveni delavci delujejo v korist bolnika in da je v zdravstvu dostop do storitev omogočen vsem, ne glede na spol, raso, socialni položaj.

8 Razprava

Na osnovi dobljenih rezultatov naše raziskave lahko podamo odgovore na zastavljena raziskovalna vprašanja:

1. raziskovalno vprašanje:

Katera etična vodila prevladujejo v zdravstveno socialni oskrbi?

Na prvo raziskovalno vprašanje Katera etična vodila prevladujejo v zdravstveno socialni oskrbi smo dobili odgovor, da anketirancem največ pomenita znanje in moralna načela. Omenjeno vprašanje je dobilo povprečno oceno 4,55.

2. raziskovalno vprašanje:

Katera vrednota prevladuje v zdravstveno socialni oskrbi?

Na drugo raziskovalno vprašanje Katera vrednota prevladuje v zdravstvenem okolju smo dobili odgovor, da pacientom veliko pomeni, če zdravstveno osebje deluje v korist bolnika in da je dostop do storitev omogočen vsem, ne glede na spol, raso, socialni položaj ali vero.

LITERATURA

1. Dolenc, A. (1997). Medicinska etika in deontologija. Ljubljana: Mihelač.
2. Fink, A. idr. (2010). Etika in zakonodaja v zdravstvu. Ljubljana: Grafenauer.
3. Priročnik zdravniške etike. Svetovno zdravniško združenje. Maribor: Medicinska fakulteta.
4. Tschudin, V. (2004). Etika v zdravstven negi. Ljubljana: Educy.

Pothranjenost u starijoj životnoj dobi

UDK 613.24-053.9

KLJUČNE RIJEČI: pothranjenost, MNA upitnik, starija životna dob

POVZETEK - Cilj istraživanja je ispitati koliki je rizik za pojavu pothranjenosti u osoba starije životne dobi smještenih u Dom za starije i nemoćne osobe. Nadalje, pokušala se dokazati ili opovrgnuti veza između pokretljivosti ispitanika i ukupnog rezultata testa. Istraživanje je provedeno u Domu za starije i nemoćne osobe u Požezi (N = 100). Metoda istraživanja je bio MNA upitnik (Mali prehrambeni upitnik) koji je mjerni instrument pothranjenosti posebno razvijen za osobe starije životne dobi, a sadrži 18 pitanja. Rezultati MNA upitnika su pokazali da je 25 od 100 ispitanika bilo pothranjeno (25 %), 38 ispitanika je imalo rizik za razvoj pothranjenosti (38 %), a 37 ispitanika je bilo dobro uhranjeno (37 %). Statistički je dokazano da pokretljivost ispitanika utječe na rezultate MNA testa. Od 32 potpuno nepokretna ispitanika, njih 20 je bilo pothranjeno, 12 ih je imalo rizik za razvoj pothranjenosti, a niti jedan nepokretni ispitanik nije bio dobro uhranjen. Pothranjenost je česta u osoba starije životne dobi, bilo da žive sami u zajednici, u svojim obiteljima, domovima za starije i nemoćne osobe, ili da su hospitalizirane. U prepoznavanju, dijagnosticiranju i liječenju pothranjenosti potreban je multidisciplinarni pristup u koji trebaju biti uključeni liječnici, medicinske sestre, dijetetičari i ostali pružatelji zdravstvene skrbi. Zdravstveni djelatnici moraju razviti da je pravilna prehrana važan i neizostavan korak u izlječenju osobe, te to znanje prenijeti i oboljeloj osobi i njegovoj obitelji.

UDK 613.24-053.9

KEY WORDS: malnutrition, MNA questionnaire, older age

ABSTRACT - The objective of the study was to examine the risk of malnutrition for older persons that had been placed in the residential care home for the older and disabled people. Furthermore, it tried to prove or disprove the link between mobility of respondents and total test results. The study was conducted in the Home for the older and disabled people in Požega, Croatia (N = 100). The research method was MNA questionnaire (concise food habits questionnaire), a malnutrition measuring instrument specially developed for the older people that contains 18 questions. Results of MNA questionnaire showed that 25 of 100 respondents suffered from malnutrition (25%), 38 patients had a risk of developing malnutrition (38%) and 37 subjects were well-fed (37%). It was statistically proven that mobility of patients affects the results of the MNA test. Out of 32 completely immobile patients, 20 of them were underweight, 12 of them had a risk of malnutrition, and not a single one immobile respondent was well-fed. Malnutrition is common among older people, whether they live alone, with their families, in residential care homes for the older and disabled persons, or they are hospitalised. Recognition, diagnosis and treatment of malnutrition require a multidisciplinary approach that should include doctors, nurses, dietitians and other healthcare providers. Healthcare professionals need to develop the awareness that proper nutrition is an important and essential step in healing and transfer that knowledge to the patient and their family.

1 Uvod

Starenje je povezano s fiziološkim i društveno-ekonomskim promjenama koje mogu imati veliki utjecaj na prehranu. Fiziološke promjene, poput gubitka koštane i mišićne mase, kao i promjene u okusu i mirisu koje su uobičajene za tu dob, mogu negativno utjecati na pripremu i uzimanje hrane. Sve te promjene, ukoliko ostanu neprepoznate te se ne započne na vrijeme s intervencijama, mogu dovesti do pojave pothranjenosti, a pothranjenost često dovodi do padova i lomova. Gotovo polovica svih starijih paci-

jenata s prijelomom kuka je pothranjeno, a teško pothranjene osobe imaju tri puta veću vjerojatnost da će dobiti infekciju (Skates i Anthony, 2012).

U Hrvatskoj, kao i u većini zemalja u razvoju, uočava se trend starenja stanovništva. To je posljedica dugogodišnjeg pada nataliteta te porasta očekivanog životnog vijeka.

U popisu stanovnika 2011. godine, broj stanovnika starijih od 65 godina prvi je put premašio broj mladih od 0 do 14 godina. Udio osoba starih 65 i više godina iznosio je 17,7 %, a udio mladih od 0 do 14 godina 15,2 % (Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske, 2011).

Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi izradila je radna skupina koju su sačinjavali gerontolozi, gerijatri, gastroenterolozi, nutricionisti, internisti, gerontoantropolozi, s ciljem da se podrži procjena nutritivnog statusa starijih osoba s rizikom od pothranjenosti te da se definiraju specifične nutritivne potrebe osoba starije dobi (Tomek Roksandić, 2011).

Iako je pothranjenost čest problem u starijih osoba, definicije pothranjenosti se značajno razlikuju između različitih autora i stoga rezultate različitih objavljenih studija treba promatrati s oprezom (Sieber, 2006).

Starije osobe koje žive u zajednici, u domovima za starije i nemoćne osobe ili u bolnicama imaju povećan rizik od pothranjenosti. U mnogim slučajevima, ova pothranjenost, koja utječe na zdravlje, dobrobit i sposobnost prevladavanja bolesti ili ozljede, ostaje neprepoznata od strane liječnika, često zbog nedostatnog znanja i edukacije vezane za prehrambene procjene starijih osoba (Compan idr., 1999).

Opasnost od pojave pothranjenosti povećava se starenjem zbog tjelesnih, psiholoških, socioloških i ekonomskih promjena koje obilježavaju proces starenja uz učestaliju pojavu morbiditeta. U domovima za starije i nemoćne osobe pothranjenost se javlja između 19 i 36 % slučajeva, a kod hospitaliziranih starijih osoba u otprilike 65 % slučajeva (Tomek Roksandić, 2011).

2 Cilj istraživanja

Ciljevi ovog istraživanja su: ispitati postoji li i koliki je rizik za pojavu pothranjenosti kod osoba u starijoj životnoj dobi; dokazati ili opovrgnuti vezu između pokretljivosti ispitanika i ukupnog rezultata testa.

3 Materijali i metode

Uzorak je obuhvatio 100 osoba starijih od 65 godina, korisnika Doma za starije i nemoćne osobe u Požezi, prigodno odabranih.

Metoda istraživanja: MNA upitnik koji je mjerni instrument pothranjenosti posebno razvijen za osobe starije životne dobi. MNA upitnik je razvijen kroz suradnju između sveučilišne bolnice u Toulouse (Francuska), Medicinske škole u Novom Meksiku

(SAD) i Istraživačkog centra Nestle (Švicarska), a bio je potvrđen u tri studije koje su uključile više od 600 pacijenata. MNA je brz i jednostavan alat za procjenu pothranjenosti osoba starije životne dobi osmišljen kao pomoć zdravstvenim djelatnicima koji su uključeni u skrb i praćenje pacijenata u bolnicama i domovima za starije i nemoćne osobe. MNA upitnik sadrži 18 pitanja, maksimum bodova iznosi 30, a obuhvaća četiri različita područja: antropometrijsko mjerenje, opću procjenu (rizični faktori za pothranjenost), procjenu prehrane i samoprocjenu (Compan, 1999).

MNA je prvi put objavljen 1994. god. i od tada se potvrđuje kao valjani i najčešće korišten alat za procjenu pothranjenosti osoba starije životne dobi. Dio je sveobuhvatne gerijatrijske procjene, s više od 400 znanstvenih radova objavljenih o njemu (Kaiser idr.).

Osim unosa hrane, MNA upitnik obuhvaća i druga važna područja kad je riječ o osobama starije životne dobi, kao što su pokretljivost, depresija i demencija. Iako indeks tjelesne mase (ITM), koji se nalazi u MNA upitniku, ne daje informacije o sastavu tijela (koliki je postotak masnog tkiva u odnosu na mišićnu ili koštanu masu), ipak ITM $< 22 \text{ kg/m}^2$ stavlja stariju osobu u rizičnu skupinu za razvoj pothranjenosti (Sieber, 2006). Za statističku analizu korišten je Kruskal-Wallis test i deskriptivna statistika. Metoda prikupljanja podataka: Transverzalni pristup, podaci su od ispitanika prikupljeni u vremenskom periodu od 25. listopada 2015. do 05. studenoga 2015. godine. Ispitanici koji boluju od teške demencije na pitanja koja se odnose na samoprocjenu nisu mogli dati odgovor. Pitanja vezana uz samoprocjenu nisu bodovana, a na ostala pitanja vezana uz prehranu i tjelesnu težinu odgovor je dala Glavna medicinska sestra Doma.

4 Rezultati istraživanja

Dobiveni su sljedeći rezultati: od 100 ispitanika, 28 ispitanika su bili muškarci, a 72 ispitanika su činile žene. Prosječna dob ispitanika je iznosila 78,84 godina. Najviše ih je bilo u dobi od 80 godina (8 ispitanika), najmlađi ispitanik je imao 46 godina, a najstariji 92 godine.

Prosječna tjelesna težina ispitanika je iznosila 67,61 kg, najmanja tjelesna težina izmjerena kod ispitanika je iznosila 40 kg, a najveća 103 kg.

Prosječna visina kod ispitanika iznosila je 160,6 cm. Najniža visina izmjerena kod ispitanika iznosila je 138 cm, a najviša 193 cm.

Indeks tjelesne mase ispitanika (BMI) je pokazao da 2 ispitanika imaju BMI manji od 19, 12 ispitanika ima BMI od 19-21, 18 ispitanika ima BMI od 21-23, dok 68 ispitanika ima BMI veći od 23.

Mjerenje opsega nadlaktice je pokazalo da 14 ispitanika ima opseg nadlaktice manji od 21 cm, samo 1 ispitanik je imao opseg nadlaktice od 21-22 cm, dok je 85 ispitanika imalo opseg nadlaktice veći od 22 cm.

Mjerenje opsega potkoljenice je pokazalo da 30 ispitanika ima opseg potkoljenice manji od 31 cm, dok je kod ostalih 70 ispitanika opseg potkoljenice iznosio više od 31 cm.

Na pitanje jesu li u posljednja 3 mjeseca imali gubitak tjelesne težine, 6 % ispitanika je odgovorilo da su izgubili više od 3 kg, 8 % nije znalo odgovor, 18 % ispitanika je izgubilo od 1-3 kg, a 68 % ispitanika nije imalo gubitak tjelesne težine.

Na pitanje koliko propisanih lijekova uzimaju u danu, čak 91 % ispitanika odgovorilo je da uzima više od 3 lijeka dnevno.

Na pitanje jesu li imali akutnu bolest ili stres u posljednja 3 mjeseca, 26 % ispitanika je odgovorilo potvrdno.

Pitanje vezano za pokretljivost ispitanika je pokazalo da je 32 % ispitanika nepokretno, 19 % teže pokretno (potrebna im je pomoć pri ustajanju, hodanju, premještanju), dok je 49 % ispitanika u potpunosti pokretno.

Od 100 ispitanika, njih 11 je imalo tešku demenciju ili depresiju, 22 blagu demenciju, a 67 ispitanika nije imalo neuropsiholoških problema u vidu demencije ili depresije.

Od 100 ispitanika, njih 12 je imalo dekubitus ili ulkus na tijelu, dok ostalih 88 ispitanika nije imalo oštećenja na koži.

Na pitanje koliko cjelovitih obroka dnevno uzimaju, 5 % ispitanika odgovorilo je jedan obrok dnevno, 19 % ispitanika uzima 2 obroka dnevno, a njih čak 76 % uzima 3 cjelovita obroka dnevno.

Na pitanje uzimaju li svaki dan barem jednu porciju mliječnih proizvoda i mesa, te dvije ili više porcija mahunarki ili jaja tjedno, čak 91 % ispitanika je odgovorilo potvrdno.

Na pitanje uzimaju li 2 i više porcija povrća i voća dnevno, 49 % ispitanika odgovorilo je da ne uzima, dok je 51 % ispitanika odgovorilo da uzimaju 2 i više porcija voća i povrća dnevno. Na pitanje je li se njihov unos hrane smanjio u posljednja 3 mjeseca zbog problema sa žvakanjem hrane, probavnih problema ili problema s gutanjem, 12 % ispitanika je odgovorilo da su imali težak gubitak apetita, 28 % ispitanika je imalo umjereni gubitak apetita, dok 60 % ispitanika nije imalo gubitak apetita.

Na pitanje koliko tekućine dnevno uzimaju, 25 % ispitanika izjavilo je da uzima manje od 3 šalice dnevno, 47 % ispitanika uzima 3-5 šalica tekućine dnevno, a 28 % ispitanika uzima više od 5 šalica tekućine dnevno.

Od 100 ispitanika, njih 17 se ne može samostalno hraniti, 28 ispitanika se hrani samo, ali im je potrebna pomoć, a 55 ispitanika se može samostalno hraniti bez problema.

Na pitanje kako ocjenjuju svoju prehranu i misle li da imaju problem sa tjelesnom težinom, 6 % ispitanika smatra da je pothranjeno, 28 % ispitanika ne zna ili smatra da je umjereno pothranjeno, a 57 % ispitanika smatra da nema problema sa prehranom. 9 % ispitanika nije dalo odgovor na ovo pitanje jer su teško dementni.

Na pitanje da usporede svoje zdravstveno stanje sa svojim vršnjacima, 40 % ispitanika smatra da njihovo zdravstveno stanje nije tako dobro, odnosno da je lošije od njihovih vršnjaka, 13 % ispitanika ne zna odgovor, 27 % ispitanika smatra da je njihovo

zdravstveno stanje isto kao i kod njihovih vršnjaka, dok 11 % ispitanika smatra da je njihovo zdravstveno stanje bolje nego kod njihovih vršnjaka. 9 % ispitanika nije dalo odgovor na ovo pitanje jer su teško dementni.

Rezultati provedenog MNA upitnika kažu sljedeće:

Maksimalan broj bodova (30) nije imao niti jedan ispitanik. Najveći postignuti broj bodova iznosio je 29 (imao ga je samo 1 ispitanik), a najmanji broj bodova je iznosio 4. Najveći broj ispitanika je imao 26,5 bodova (7 ispitanika), dok je prosjek iznosio 20,28 bodova.

Tablica 1: Kriteriji MNA upitnika (Malog prehranbenog upitnika)

MNA score	Nutritivni status
<17	Pothranjen
17-23.5	Rizik pothranjenosti
>24	Dobro uhranjen

U grupi 0-17 bodova (pothranjenost) se nalazilo 25 % ispitanika, 17-23, 5 boda (rizik za pothranjenost) je bilo 38 % ispitanika, a više od 24 boda (dobro uhranjen) je imalo 37 % ispitanika.

Veza između pokretljivosti ispitanika i rezultata testa (ukupnog broja bodova)

Nulta hipoteza: postoji signifikantna veza između pokretljivosti ispitanika i ukupnog rezultata testa.

Prema Kruskal-Wallis rank testu ($p < 0,05$) prihvaćena je nulta hipoteza. Dokazano je s 0,05 signifikantnosti da pokretljivost ispitanika signifikantno utječe na konačne rezultate testa pothranjenosti. Vidljivo je da je 49 ispitanika u potpunosti pokretno, a od kojih je 17 postiglo rezultat između 17 i 23,5 boda što znači da kod njih postoji rizik pothranjenosti, 31 pokretan ispitanik je dobro uhranjen, a samo 1 pokretan ispitanik je pothranjen. Od 32 potpuno nepokretna ispitanika, njih čak 20 je pothranjeno, a 12 ih ima rizik za razvoj pothranjenosti.

5 Rasprava

U istraživanje je bilo uključeno 100 osoba; 28 muškaraca i 72 žene u dobi od 46 do 92 godine, a prosječna dob ispitanika je iznosila 78,84 godina. Najviše ih je bilo u dobi od 80 godina (8 ispitanika).

Prosječna tjelesna težina ispitanika je iznosila 67,61 kg, najmanja tjelesna težina izmjerena kod ispitanika je iznosila 40 kg, a najveća 103 kg.

Konačni rezultat MNA upitnika je pokazao da je 25 ispitanika pothranjeno (25 %), 38 ispitanika ima rizik za pothranjenost (38 %), dok je 37 ispitanika dobro uhranjeno (37 %).

Statistički je dokazano da pokretljivost ispitanika utječe na rezultate MNA testa. Od 32 potpuno nepokretna ispitanika, njih 20 je pothranjeno, 12 ih ima rizik za pothranjenost, a niti jedan nije dobro uhranjen.

Iako je Indeks tjelesne mase ispitanika (ITM) pokazao da samo 2 ispitanika imaju ITM manji od 19 koji ukazuje na pothranjenost, konačni rezultat testa je pokazao da je 25 ispitanika pothranjeno. To dokazuje da MNA može detektirati pojavu i rizik od pothranjenosti dok se vrijednost ITM još uvijek nalazi unutar prihvatljivog raspona, što kazuje da ITM sam po sebi nije dovoljan u procjeni nutritivnog statusa kod osoba u starijoj životnoj dobi.

Za usporedbu je uzeto istraživanje provedeno na 4507 osoba starije životne dobi u 12 zemalja sa 5 kontinenata, koje je objavljeno 2010. godine. Ispitanici su bili smješteni u rehabilitacijskim centrima (50,5 %), bolnicama (38,7 %), domovima za starije i nemoćne osobe (13,8 %) i svojim domovima (5,8 %). Prosječna dob ispitanika je bila 82,4 godine, a 75,2 % ispitanika su činile žene. Sveukupni rezultati su bili sljedeći: pothranjeno je bilo 20,8 % ispitanika, u riziku za pothranjenost 45,6 %, a dobro uhranjeno 33,6 % ispitanika. Obzirom da je istraživanje u ovom radu provedeno u domu za starije i nemoćne osobe za usporedbu su izdvojeni rezultati ispitanika smještenih u dom za starije i nemoćne osobe, a oni su sljedeći: 32,9 % ispitanika je dobro uhranjeno, 53,4 % ima rizik za razvoj pothranjenosti, a 13,8 % ispitanika je pothranjeno (Kaiser idr., 2010).

Istraživanje provedeno u Hrvatskoj 2007. god. u Osječko-baranjskoj županiji na 100 ispitanika starije životne dobi primjenom MNA upitnika je dobilo sljedeće rezultate: 1 ispitanik je bio pothranjen, 31 ispitanik je imao rizik od razvoja pothranjenosti, dok je 68 ispitanika bilo dobro uhranjeno (Valek idr., 2007). U istraživanju u ovom radu je 38 % ispitanika imalo rizik od pothranjenosti što bi značilo da se rezultat prilično podudara kao u istraživanju provedenom u Osječko-baranjskoj županiji gdje 31 % ispitanika ima rizik za razvoj pothranjenosti. Razlika je u broju pothranjenih ispitanika, ali se mora uzeti u obzir da je ovo istraživanje provedeno u domu za starije i nemoćne osobe gdje je 32 ispitanika bilo nepokretno, a 19 ispitanika teže pokretno.

Moraju se uzeti u obzir i neka ograničenja ovog istraživanja, kao što su: nejednak broj ispitanika po spolu (28 muškaraca i 72 žene) i dobi, a pitanja vezana za samoprocjenu ispitanika ostala su neodgovorena i nebudovana kod teško dementnih ispitanika (9 ispitanika). Iako se definicije pothranjenosti razlikuju ovisno o autoru, a rezultati istraživanja variraju, ipak se može reći da je ovo istraživanje dokazalo da je u svjetskim i hrvatskim okvirima, budući da ista navode kako se u domovima za starije i nemoćne osobe pothranjenost javlja između 19 i 36 % slučajeva (Tomek Roksandić, 2011), a rezultat ovog istraživanja je 25 % pothranjenih ispitanika.

6 Zaključak

Pothranjenost je česta u osoba starije životne dobi, bilo da žive sami u zajednici, u svojim obiteljima, domovima za starije i nemoćne osobe, ili su hospitalizirane. Iako je često podcijenjena, pothranjenost se može povezati s povećanim rizikom od dugotrajnih hospitalizacija i povećanom smrtnošću. Dobiveni podaci se mogu usporediti i staviti u okvire rezultata drugih sličnih istraživanja provedenih u svijetu. Statistički je dokazano da pokretljivost ispitanika utječe na rezultate MNA testa.

Primjena MNA upitnika se pokazala kao vrlo jednostavna, pristupačna, neinvazivna i jeftina metoda u prepoznavanju starijih osoba koje su u riziku za razvoj pothranjenosti, stoga bi svi zdravstveni djelatnici uključeni u skrb starijih osoba morali biti educirani u njegovom provođenju i on bi trebao biti dio sveobuhvatne gerijatrijske procjene. Postoji i kratka verzija MNA upitnika, MNA-SF koji umjesto 18 pitanja, sadrži samo 6 pitanja. Iz razloga što je kraći i brži u primjeni mogao bi se provoditi pri prijemu pacijenata u zdravstvene ili socijalne ustanove. U slučaju da je test pozitivan (ako pokaže da postoji rizik za pojavu pothranjenosti), tada bi se mogao provesti puni MNA upitnik od 18 pitanja.

U prepoznavanju, dijagnosticiranju i liječenju pothranjenosti potreban je multidisciplinarni pristup u koji trebaju biti uključeni liječnici, medicinske sestre, dijetetičari i ostali pružatelji zdravstvene skrbi. Na taj način se na vrijeme može započeti sa potrebnim intervencijama koje će dovesti do poboljšanja pacijentovog stanja i ishoda same bolesti, a posljedično i do smanjenja troškova. Potrebna je kontinuirana edukacija zdravstvenih djelatnika i u bolnicama i u domovima za starije i nemoćne osobe, kako bi najprije razvili svijest da je pravilna prehrana važan i neizostavan korak u izlječenju osobe, te da bi to znanje znali prenijeti i oboljeloj osobi i njegovoj obitelji koji će se brinuti o njemu kod kuće.

LITERATURA

1. Compan, B. idr. (1999). Epidemiological study of malnutrition in elderly patients in acute, sub-acute and long-term care using the MNA®. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 3. Pridobljeno 15. 11. 2015 s <http://www.mna-elderly.com/publications/156.pdf>.
2. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske (2011). Statistička izvješća; 1468 – Popis stanovništva, kućanstava i stanova. Stanovništvo prema spolu i starosti. Pridobljeno 12. 12. 2015, s <http://www.dzs.hr/>.
3. Kaiser, J. M. idr. (2010). Frequency of Malnutrition in Older Adults: A Multinational Perspective Using the Mini Nutritional Assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*. September 9, 1734–1738.
4. Milne, A. C. idr. (2009). *Cochrane Database Syst Rev*. S. Gariballa et al. *Am J Med*, 119, 693–699. Pridobljeno 10. 12. 2015, s http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_english_sf.pdf.
5. Pallant, J. (2009). SPSS Priručnik za preživljavanje. Mikro knjiga, ISBN 978-86-7555-341-0.
6. Sieber, C. C. (2006). Nutritional screening tools – how does the MNA® compare? Proceedings of the session held in Chicago May 23, 2006 (15 years of Mini Nutritional Assessment). *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 6. Pridobljeno 15. 11. 2015, s <http://www.mna-elderly.com/publications/350.pdf>.
7. Skates, J. J. and Anthony, P. S. (2012). Identifying Geriatric Malnutrition in Nursing Practice; The Mini Nutritional Assessment (MNA®) - An Evidence-Based Screening Tool *Journal of Gerontological Nursing*, 3.
8. Tomek Roksandić, S. (2011). Gerontološka tribina o smjernicama za prehranu starijih osoba. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 7. Pridobljeno 2. 12. 2015, s <http://www.hcjz.hr/old/clanak.php?id=14522>.
9. Valek, M. idr. (2007). Rizik pothranjenosti kod slavonsaca starije životne dobi uporabom »mini nutritional testa« – pilot istraživanje. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 9. Pridobljeno 10. 12. 2015, s <http://www.hcjz.hr/old/clanak.php?id=13152>.
10. Vrhovac, B. idr. (1997). *Interna medicina*.

Častni pokrovitelj simpozija

Zbornica zdravstvene in babiške nege
Slovenije - Zveza strokovnih društev
medicinskih sester, bobic in zdravstvenih
tehnikov Slovenije



Sponzorji

Mestna občina Novo mesto



Marand d.o.o., Ljubljana



FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE NOVO MESTO

VABI K VPISU V ŠTUDIJSKE PROGRAME I., 2. IN 3. STOPNJE

- **Visokošolski študijski program**
Zdravstvena nega
- **Magistrski študijski program**
Vzgoja in menedžment v zdravstvu
- **Doktorski študijski program**
Edukacija in menedžment v zdravstvu



Informacije o vpisu in informativnih dneh:
spletna stran: www.fzv-nm.si, telefon: 07/393 00 18, 07/393 00 17