



VISOKOŠOLSKO SREDIŠČE NOVO MESTO

Higher Education Centre Novo mesto

FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENEVEDE NOVO MESTO

Faculty of Health Sciences Novo mesto

**CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA:  
STAROSTNIK V ZDRAVSTVENEM IN  
SOCIALNEM VARSTVU**

Zbornik prispevkov

HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT:  
HEALTH AND SOCIAL CARE OF THE ELDERLY

Conference Proceedings

Mednarodna znanstvena konferenca  
International Scientific Conference

Novo mesto, 12. november 2015

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

**CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA:  
STAROSTNIK V ZDRAVSTVENEM IN  
SOCIALNEM VARSTVU**

*HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT:  
HEALTH AND SOCIAL CARE OF THE ELDERLY*

Zbornik prispevkov  
*Conference Proceedings*

Mednarodna znanstvena konferenca  
*International Scientific Conference*  
12. november 2015

Novo mesto 2016

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA: STAROSTNIK V ZDRAVSTVENEM IN SOCIALNEM VARSTVU  
*HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT: HEALTH AND SOCIAL CARE OF THE ELDERLY*

*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*

170 izvodov/170 Issues

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-053.9(082)(086.034.44)

364(082)(086.034.44)

CELOSTNA obravnavna pacienta: starostnik v zdravstvenem in socialnem varstvu [Elektronski vir] : zbornik prispevkov : mednarodna znanstvena konferenca = Holistic approach to the patient: health and social care of the elderly: conference proceedings : international scientific conference, 12. november 2015 / [uredila Nevenka Kregar Velikonja]. - Novo mesto : Fakulteta za zdravstvene vede = Faculty of Health Sciences, 2016

ISBN 978-961-94049-0-4

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

285186048

# VSEBINA / CONTENTS

## UVODNI REFERATI

<i>Grażyna Adler, PhD</i> Meeting with Centenarians Sastanak sa stogodišnjacima	8
<i>Mag. Ljiljana Leskovic</i> Ali je varna starost pravica ali privilegij? Is Safe Ageing a Right or a Privilege?	12

## REFERATI

<i>Lejla Begović</i> Pomeni gibanja v tretjem življenjskem obdobju The Importance of Movement in the Third Period of Life	18
<i>Dr. Marjan Bilban</i> Vozniška zmožnost v starejših letih Driving Ability among the Elderly	27
<i>Marta Blažič</i> Ambulantna obravnava pacienta z diabetično retinopatijo z vidika medicinske sestre Outpatient Treatment of a Patient with Diabetic Retinopathy in Terms of Nurses	50
<i>Mag. Albina Bobnar, Katja Ravnikar</i> Odnos medicinskih sester do paliativne sedacije Nurses' Attitude to Palliative Sedation	53
<i>Mgr. Milada Brabcová, Mgr. Marta Valentová, Eva Šmardová, Ludvík Venhoda</i> Students' Practice in Institutions for Seniors across the European Union Praktično usposabljanje študentov v domovih za starejše v Evropski uniji	62
<i>Irena Canjuga, Marijana Neuberg, Marina Stojak</i> Ispitivanje stavova studenata o utjecaju medija na religioznost Student's Attitudes Towards the Impact of Media on Religiosity	68
<i>Eva Dolenc, Urban Mesec, mag. Damjan Slabe</i> Stališča starostnikov do usposabljanja iz prve pomoči Opinion of Elderly about the First Aid Training	77
<i>Andreja Draginc, dr. Nevenka Kregar Velikonja, mag. Barbara Rodica</i> Dokumentiranje zdravstvene obravnave v bolnišnici Documentation of Medical Treatment in a Hospital	84
<i>Dr. Karmen Erjavec</i> Odnos med medicinskimi sestrami in starejšimi pacienti na njihovem domu Relationship between Nurses and Elderly patients at Their Home	94

<i>Mag. Nevenka Ferfila, dr. Barbara Domajnko, dr. Matic Kavčič,</i> <i>mag. Marija Milavec Kapun, dr. Majda Pahor</i>	103
Izobraževanje za medpoklicno sodelovanje kot del celostne obravnave pacienta Interprofessional Education for a Holistic Approach in Healthcare	
<i>Liljana Gajser Dvojmoč</i>	111
Vloga zdravstvene nege pri umirajočem pacientu The Role of Nursing Care with Dying Patients	
<i>Katarina Galof, mag. Nevenka Gričar</i>	119
Starejši ljudje v domačem okolju Elderly People in the Home Environment	
<i>Ivana Gardašević Topčič</i>	128
Diabetična retinopatija in diabetični makularni edem Diabetic Retinopathy and Diabetic Macular Oedema	
<i>Nataša Gimpelj</i>	135
Predstavitev SB Novo mesto s statističnimi podatki Presentation of the General Hospital Novo Mesto in Terms of Statistics	
<i>Darja Glavan, Irma Kumer</i>	140
Celostna obravnava starostnika z nevrološkimi obolenji v SB Novo mesto A Comprehensive Approach to the Elderly Suffering from Neurological Disease in the General Hospital Novo mesto	
<i>Martina Golob, Natalija Kopina</i>	147
Obravnava starostnika s srčnim popuščanjem Treatment of an Elderly Person with Cardiac Failure	
<i>Mag. Malči Grivec</i>	156
Starostnik in oglaševanje zdravil The Elderly and Advertising of Medication	
<i>Dr. Simona Hvalič Touzery, Rhoda MacRae, mag. Anna Waugh,</i> <i>dr. Wilson Correia de Abreu, dr. Katja Pesjak</i>	169
Akreditirani izobraževalni programi s področja demence: primer sedmih evropskih držav Accredited Dementia Education - the Case of 7 European Countries	
<i>Nuša Ilc, dr. Vladka Lešer</i>	178
Ravnanje z odpadki v zdravstvu – primer terenske krvodajalske akcije Waste Management in Healthcare – a Case Study of Blood Donations Camps	
<i>Marinela Jadanec, Manuela Filipec</i>	186
Fizioterapija kod trudnice s tetraparezom i urogenitalnom disfunkcijom Physiotherapy in Pregnant Women with Tetraparesis and Urogenital Dysfunction	
<i>Tihomir Jovanović, Božica Lovrić, Sabina Cviljević, Maja Župan</i>	192
Suradljivost s higijeno ruku u domu za starije i nemoćne osobe Hand Hygiene Compliance in a Nursing Home	
<i>Sabina Klemenčič</i>	197
Socialno delo s starostniki v SB Novo mesto Social Work with Elderly People in the General Hospital Novo mesto	
<i>Kleopatra Kodrič</i>	205
Potrebe in vrednote starostnikov kot ogledalo postmoderne družbe Needs and Values of the Elderly as a Reflection of the Post-Modern Society	

<i>Blanka Koščak Tivadar</i>	211
Spomin v starosti in povezava s telesno dejavnostjo Memory in the Old Age and Connection with Physical Activity	
<i>Nataša Krajnc Zakrajšek</i>	225
Praktično usposabljanje z delom v zdravstvenem in socialnem varstvu Practical Training with Work in the Field of Healthcare and Social Care	
<i>Mihaela Kranjčević-Ščurić, Ivana Živoder, Ivica Ščurić, Jurica Veronek, Damir Poljak</i>	232
Smrt u jedinici intenzivnog liječenja (JIL) – poraz ili pobjeda Death in the Intensive Care Unit (ICU) – Defeat or Victory	
<i>Dr. Nevenka Kregar Velikonja, mag. Ljiljana Leskovic</i>	241
Uporabnost regenerativne medicine pri starostnikih Potentials of Regenerative Medicine for the Elderly Population	
<i>Aljaž Kren, Andreja Draginc</i>	246
Obravnava starostnika z zlomom kolka v nujni medicinski pomoči Emergency Medical Treatment of the Elderly with a Hip Fracture	
<i>Dr. Vladka Lešer, Andreja Draginc, mag. Ljiljana Leskovic, dr. Jože Podgoršek, Meta Vidiček</i>	254
Upoštevanje priporočil o varni pripravi hrane Considering the Recommendations on the Safe Preparation of Food	
<i>Božica Lovrić, Sabina Cviljević, Josipa Vlainić, Toni Vlainić</i>	262
Utjecaj edukacije na higijenu ruku u Općoj županijskoj bolnici Požega Impact of Education on Hand Hygiene in the General Hospital Požega	
<i>Mirjam Marguč</i>	267
Vloga vodilnega kadra pri poklicnem izgorevanju zaposlenih Role of the Head Staff in the Occupational Burnout of Employees	
<i>Mag. Daniela Milosheska</i>	273
Posušeni krvni madeži za terapevtsko spremljanje koncentracij učinkovin Dried Blood Spots Sampling Method for Therapeutic Drug Monitoring	
<i>Dr. Blaž Mlačak, Tanja Mišmaš, Mira Brodarič</i>	281
Periferna arterijska bolezen pri bolnikih s prebolelim infarktomiokarda Peripheral Arterial Disease in Patients after an Acute Myocardial Infarction	
<i>Marijana Neuberg, Irena Canjuga</i>	289
Procjena kvalitete života starijih osoba Assessment of Quality of Life in the Elderly	
<i>Alenka Oberč, Katja Mravinec Sinur</i>	297
Starostnik s kronično rano Elderly Person with a Chronic Wound	
<i>Ljubiša Pađen, mag. Marija Milavec Kapun</i>	304
Presentizem med študenti zdravstvene nege Presenteeism among Nursing Students	
<i>Barbara Pajk</i>	312
Kolonizacija z ESBL in demenca: izzivi in težave v domskem varstvu ESBL Colonisation and Dementia: The Challenges and Problems in Residential Settings	

<i>Cvetka Pangerl</i>	321
Standard zdravstvene nege kot člen med izobraževanjem in delom medicinske sestre The Standard of Nursing Care Linking Education and the Work of a Nurse	
<i>Miha Papež, Alenka Oven</i>	331
Kulturne značilnosti v prostočasnih aktivnostih v domovih starejših občanov Cultural Characteristics of Leisure Activities in Homes for the Elderly	
<i>Milena Pavič Nikolič, mag. Darja Thaler</i>	341
Revmatične bolezni pri starostnikih Rheumatic Disease in Elderly Population	
<i>Anja Pečnik</i>	348
Preprečevanje padcev hospitaliziranih starostnikov Preventing Falls of the Hospitalised Elderly	
<i>Alenka Plemelj, mag. Katarina Kacjan Žgajnar</i>	353
Nefiziološki položaji starejših oseb pri izvajanju hišnih opravil Non-Physiological Positions among the Elderly on Engagement in Housework	
<i>Dr. Jože Podgoršek, Meta Vidiček, mag. Ljiljana Leskovic, Andreja Draginc, dr. Vladka Lešer</i>	363
Mladi in poznavanje tveganja pri rokovanju s hrano Awareness of Risks of Food Handling among Young People	
<i>Damir Poljak, Jurica Veronek, Ivana Živoder, Gordana Jaklin</i>	371
Proizvodnja kapi za oči iz autoložnog seruma Production of Autologous Serum Eye Drops	
<i>Renata Primc</i>	379
Potreba po neakutni bolnišnični obravnavi pacientov v SB Novo mesto The Need for Non-Acute Hospital Treatment of Patients in GH Novo Mesto	
<i>Mag. Barbara Rodica, dr. Jasmina Starc</i>	383
Kvalitativno raziskovanje in vidik zdravstvene obravnave starostnika z demenco Qualitative Research and the Aspect of Medical Treatment of the Elderly with Dementia	
<i>Melita Sajko, Irena Canjuga, Melinda Pupovac, Jasna Možanić, Sandra Bukvić</i>	395
Utjecaj sociodemografskih obilježja na percepciju boli kod starijih osoba The Effect of Sociodemographic Features on the Perception of Pain in Elderly People	
<i>Valerija Simončič, dr. Danica Železnik</i>	402
Vpliv bolezni na kakovostno staranje The Impact of Disease on the Aging Quality	
<i>Robert Sotler</i>	410
Pregled razvoja kulturnih kompetenc zdravstvenega osebja v slovenskih bolnišnicah Overview of Cultural Competencies Development among Medical Staff in Slovenian Hospitals	
<i>Mag. Sanja Stanisavljević</i>	417
Dugotrajna zaštita starih lica u Republici Srbiji Long-Term Protection of Elderly People in the Republic of Serbia	

<i>Ana Starešinič, dr. Danica Železnik</i>	425
Vloga lokalne skupnosti pri spodbujanju zdravega staranja The Role of a Local Community in Supporting Different Strategies to Ensure Healthy Ageing	
<i>Ivica Ščurić, Mihaela Kranjčević-Ščurić, Ivana Živoder, Jurica Veronek, Damir Poljak, Nedeljko Ciglencečki</i>	434
Clostridium difficile enterokolitis medu bolesnicima na rehabilitaciji Clostridium Difficile Enterocolitis among Rehabilitation Patients	
<i>Andreja Štefan Bukovič</i>	439
Timsko sodelovanje institucij za kakovostno obravnavo starostnika Multi-Institutional Team Approach for Quality Senior Care	
<i>Mag. Darja Thaler, Milena Pavič Nikolič</i>	444
Prepoznavanje dementnega bolnika in komunikacija z njim Identifying Patients with Dementia and Communicating with Them	
<i>Marija Tomšič</i>	450
Razvojno-nevrološka obravnava oseb po možganski kapi v domačem okolju Neurodevelopmental Treatment of Persons after Stroke in the Home Environment	
<i>Dr. Milica Vasiljevič Blagojević, Iva Milošević, mag. Goran Stojanović</i>	457
Timski rad kao faktor uspešnosti nastave sestristva Team Work as Success Factor for Teaching in Nursing	
<i>Jurica Veronek, Ivica Zagorec, Damir Poljak, Ivana Živoder, Mihaela Kranjčević-Ščurić</i>	465
Poznavanje smjernica osnovnog održavanja života uz uporabu AVD-a kod studenata Knowledge of the Guidelines of Basic Life Support when Using the AED by Students	
<i>Ana Vozel, Karmen Grivec</i>	475
Zgodnja mobilizacija in preprečevanje zapletov hospitalizacije Early Mobilisation and Prevention of Hospital Related Complications	
<i>Anamarija Vrhovec</i>	482
Uspešna komunikacija in vodenje v zdravstveni negi Effective Communication and Leadership in Nursing Care	
<i>Dr. Vlasta Ivana Zupanc Isoski, dr. Irena Sedej, Katja Rožman, mag. Dinah Vodanović, dr. Anita Resman Gašperšič</i>	487
Kvaliteta življenja slovenskih in hrvaških bolnikov z disfagijo po možganski kapi Quality of Life in Post-Stroke Patients with Dysphagia in Slovenia and Croatia	
<i>Vesna Zupančič, Katja Kropce</i>	496
Pitje čaja kot dopolnilno zdravljenje: etične dileme Drinking Tea as a Complementary Treatment: Ethical Dilemmas	
<i>Dr. Joca Zurc</i>	504
Poškodbe in težave z zdravjem pri upokojenih vrhunskih gimnastičarkah Injuries and Health Problems among Retired Top-Class Female Gymnasts	
<i>Barbara Župančič, dr. Majda Pahor, dr. Andreja Kvas</i>	513
Komunikacijske ovire oseb z okvaro sluha pri uporabi storitev zdravstvenega varstva Communication Barriers of Healthcare Users with Hearing Impairment	



## Meeting with Centenarians

UDC 314(4)+612.68

**KEY WORDS:** *European population, longevity, supercentenarians*

**ABSTRACT** - *Longevity, which is determined by both genetic and environmental factors, is characterised as a long duration of the individual's life. According to the World Health Organisation, long-lived people are considered those who live over 90 years of age. It is suggested that the emergence of centenarians was before the industrial age (XVIII century), and supercentenarians just before 200-300 years ago. Subjects who have reached 100 years old are unique, and their prevalence depend on the geographical region and varies from about 50 to 300/106 inhabitants. In recent decades, a phenomenon of population growth, achieving over 110 years of age, is observed. Prevalence and functioning of such venerable subjects constitutes a unique opportunity for research on aging and longevity, and can contribute to the creation of the theory associated with this phenomenon. Currently, the international database (International Database on Longevity, IDL) of people aged 105+ years (ranging in age from 105 to 109 years), 110 years and older, is being created and replenished. The overriding goal of the IDL database is to create a reliable demographic data for the oldest inhabitants of the Earth, which will become available to the scientific community.*

UDK 314(4)+612.68

**KLJUČNE REČI:** *Evropska populacija, dugovječnost, superstogodišnjaci*

**POVZETEK** - *Dugovječnost, na koju utiču genetski faktori kao i faktori okruženja, karakteriše se kao dugi period trajanja života pojedinca. Prema podacima Svjetske Zdravstvene Organizacije dugovječnim ljudima smatraju se oni koji su navršili 90 godina života. Pretpostavlja se da je pojava stogodišnjaka nastupila prije industrijske ere (XVIII vijek), a superstogodišnjaka koji imaju više od 110 godina tek prije 200-300 godina. Osobe koje dožive 100 godina su izuzetne, a njihova rasprostranjenost koja je ovisna o geografskoj regiji kreće se od oko 50 do 300/106 stanovnika. U posljednjim desetljećima posmatra se pojava porasta broja osoba starijih od 110 godina. Širenje i funkcionisanje takvih osoba vrijednih poštovanja predstavlja jedinstvenu priliku za istraživanja vezana za starenje i dugovječnost, a može doprinijeti stvaranju teorije u vezi sa tom pojavom. Trenutno u okviru međunarodne saradnje stvorena je i dopunjuje se baza podataka (International Database on Longevity) osoba 105+ (osoba u dobi 105-109 godina) semi-superstogodišnjaka, 110 godišnjaka i starijih. Glavni cilj IDL je stvaranje baze vjerodostojnih demografskih podataka za najstarije stanovnike Zemlje koju će moći koristiti naučna zajednica.*

Longevity is characterized by a long duration of individual life. According to the WHO, long-lived people are considered to be those who have at least 90 years of age. Life expectancy has increased significantly over the last few centuries of human history and it continues to increase. While in the Neolithic period life expectancy was only 20 years old, in the Middle Ages it was already 35 years. For most of human history centenarians were a rare and unpredictable phenomenon (Vaupel and Jeune, 1995). It is suggested that the emergence of centenarians was before the industrial era, in 18th century. In recent decades a phenomenon of population growth, who ranging in age from 105 to 109 years and 110 and more years (semisupercentenarians and supercentenarians, respectively), could be observed. The longest surviving subject was Jeanne Calment, who died in 1994 at age of 122 years and 164 days (<http://www.grg.org/calment.html>). Also, the first pair of supercentenarians were Englishwoman Margaret Ann Neve (1792-1903) and Dutchman Geert Adriaans Boomgard (1788-

1899), they both lived 111 years. Margaret Ann Neve was one of the few people that lived in the 18th, 19th and 20th century. Geert Adriaans Boomgaard for decades, is the oldest martial veteran who ever lived. The International Database of Longevity estimates that during the last 50 years there have been about 1000 supercentenarians (Istituto Nazionale Di Statistica, 2008). Centenarians, semisupercentenarians and supercentenarians are regarded as model cases for “successful ageing”. However, the oldest group of persons is not homogenous, and the aging process is associated with interindividual variability, depending on biological, psychological, social, and economic factors (Dobrzyn-Matusiak, Marcisz, Bąk, Kulik and Marcisz, 2014). On the one hand, there are subjects who keep the mental and physical functions without diseases associated with aging, and on the other hand, subjects with heavy cognitive deficits, with inability of performing both the activities of daily living (ADL), including: eating, bathing, dressing, get in and out of bed, using the toilet and the instrumental ones (IADL), including: using the telephone, taking medication, managing money, shopping, preparing meals. Thirdly, in this group there are also successful aging subjects, who although present signs of advanced ageing, are in good health conditions with maximal score mini mental test and also the ADL and IADL activities (Motta, Bennati, Ferlito, Malaguarnera and Motta, 2005). The largest population in the group of long-lived subjects are women, as follows: centenarians women and men, 79.0 and 21.0%, respectively, while proportions of supercentenarians are 87.5 and 12.5%, respectively (<http://www.grg.org/calment.html>; [http://grg.org/Adams/E\\_files/sheet001.htm](http://grg.org/Adams/E_files/sheet001.htm)). Number of centenarians depends on the geographical region and ethnic groups. Their prevalence have been estimated from about 40 to above 600/10<sup>6</sup> (table 1).

*Table 1:* Prevalence of centenarians, data by selected countries, n/10<sup>6</sup> residents

<i>Country</i>	<i>Population (mln)</i>	<i>Centenarians (n)</i>	<i>Prevalence (n/10<sup>6</sup>)</i>
USA	308.0	80 000	260
Japan	127.0	60 000	472
France	65.0	20 000	308
Italy	61.0	16 000	262
Poland	38.0	10 374	273
Greece	11.0	7 000	636
Cuba	11.0	1 800	164
Belarus	10.0	648	65
Bulgaria	7.0	238	34
Croatia	4.5	1500	333
Bosnia and Hercegovina	3.7	198	54
Slovenia	2.0	250	125
Montenegro	0.6	80	133

The prevalence of centenarians in presented countries is uneven. In Greece it is the highest, 636/10<sup>6</sup> inhabitants, and the lowest in Bulgaria, 34/10<sup>6</sup> inhabitants. Above 300/10<sup>6</sup> inhabitants are in Japan, Croatia and France, and between 200-300/10<sup>6</sup> inhabitants in Poland, Italy and the USA. In Cuba, Montenegro and Slovenia it is between 100-200/10<sup>6</sup> inhabitants, and in Belarus and Bosnia and Herzegovina less than 100/10<sup>6</sup>

inhabitants (Table 1.). Bearing in mind that group of centenarians is a group of dynamic, data must be frequently verified.

Table 2: Life/healthy life expectancy, data by selected countries

Country	Life expectancy (years) †	Healthy life expectancy at birth (years) †
USA	79.7	57.9
Japan	84.7	75.0
France	81.8	63.2
Italy	82.1	62.4
Poland	77.4	61.2
Greece	80.4	66.7
Cuba	78.4	66.0
Belarus	72.5	62.0
Bulgaria	74.4	65.0
Croatia	76.6	60.8
Bosnia and Hercegovina	76.6	66.0
Slovenia	78.0	53.9
Montenegro	75.3	66.0

† both sex

Source: [http://grg.org/Adams/E\\_files/sheet001](http://grg.org/Adams/E_files/sheet001) and <https://www.cia.gov>.

Notion healthy life expectancy is used to estimate expected years of life in good health, as well as for predicting future health service needs, evaluating health programs and identifying trends and inequalities.

Healthy life expectancy, grows more slowly than life expectancy in a number of European countries (Table 2). Between 2005 and 2010 in the European countries, life expectancy at age 50 has grown by 1.2 years, but healthy life expectancy has only grown slightly by 0.5 and 0.4 years in men and women, respectively (Fouweather, Gillies, Wohland, Van Oyen, Nusselder, Robine idr., 2015). With continuously increasing life expectancy, the impact of chronic diseases and dependencies also increases. It is predicted that the number of elderly people who will be need support for everyday tasks in developing countries will increase 4-fold by 2050. The numerous chronic-degenerative pathologies are more prevalent in supercentenarians and centenarians than in elderly, but the prevalence of dementia is more common in elderly people in comparison to centenarians and supercentenarians. Currently, we know that the memory loss is normal part of aging but dementia is not. In general population the risk of dementia is 10%. 25% of population aged 55 years and older have dementia in family history. The risk of dementia for these families is about 20%. Some families have history with early-onset dementia caused by a genetic background. Each family member has a 50% chance of inheriting the mutation, which is linked with genetic background.

Data published by EURODEM (European Community Concerted Action Epidemiology of Dementia) indicates that the prevalence of dementia among men to 74 years of age is higher than among women at the same age. However, after 74 years of age women more often suffer from dementia than men at the same age (Table 3).

Table 3: Prevalence of dementia in different age periods

<i>Age range, years</i>	<i>Male (%)</i>	<i>Female (%)</i>
30-59	0.16	0.09
60-64	1.58	0.47
65-69	2.17	1.10
70-74	4.61	3.86
75-79	5.04	6.67
80-84	12.12	13.50
85-89	18.45	22.76
90-94	32.10	32.26
95-99	31.58	36.00

In Europe, the dementia prevention initiative is being developed (European Dementia Prevention Initiative) which aim is a holistic approach to dementia, both in terms of population and individual subjects. This initiative is represented by: Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER), Prevention of dementia by Intensive Vascular Care (preDIVA) and Multidomain Alzheimer Preventive Trial (MAPT).

All in all, it is important to understand the need of joining this initiative because the demographics data connected of aging European populations might help to understanding the factors determining extreme longevity, compression of morbidity and help to achieve extended healthy life span for the wider population. Countries with a national dementia strategy in place are: Greece, Italy France, Belgium, the Netherlands, Norway, Finland, the United Kingdom and Ireland. Unfortunately, other European countries have no national dementia strategy.

## LITERATURE

1. Centenarians. Retrieved October 2015, from <http://www.grg.org/calment.html>.
2. Dobrzyn-Matusiak, D., Marcisz, C., Bąk, E., Kulik, H. and Marcisz, E. (2014). Physical and mental health aspects of elderly in social care in Poland. *Clin Interv Aging*, 9, 1793–1802.
3. Fouweather, T., Gillies, C., Wohland, P., Van Oyen, H., Nusselder, W., Robine, J. M., idr. (2015). Comparison of socio-economic indicators explaining inequalities in Healthy Life Years at age 50 in Europe: 2005 and 2010. *Eur. J. Pub. Health*, 25, 978–83.
4. Retrieved October 2015, from [http://grg.org/Adams/E\\_files/sheet001.htm](http://grg.org/Adams/E_files/sheet001.htm).
5. Retrieved October 2015, from <http://www.cdc.govt/gho/data>.
6. Retrieved October 2015, from <http://www.grg.org/calment.html>.
7. Retrieved October 2015, from <http://www.cia.gov>.
8. Istituto Nazionale Di Statistica (ISTAT). Demographic forecasts: 2007–2051. Rome: ISTAT; 2008.
9. Motta, M., Bennati, E., Ferlito, L., Malaguarnera, M. and Motta, L.(2005). Italian Multicenter Study on Centenarians (IMUSCE). Successful aging in centenarians: myths and reality. *Arch Gerontol Geriatr*, 40, 241–51.
10. Vaupel, J. W. and Jeune, B. (1995). The emergence and proliferation of centenarians. Exceptional longevity: From prehistory to present. *Monographs on population aging*, 2.

# Ali je varna starost pravica ali privilegij?

UDK 614.8+364.69-053.9

*KLJUČNE BESEDE:* stari ljudje, zagotavljanje varnosti, nasilje, preprečevanje nasilja

*POVZETEK - V prispevku je predstavljena problematika preprečevanja nasilja nad starejšimi. V zadnjih desetletjih se je starostna struktura prebivalstva v svetu precej spremenila. Povečan delež starejše populacije povzroča številne spremembe, ki terjajo čimprejšnje ustrezne rešitve na več področjih: socialno varstvo, politika zaposlovanja, stanovanjska problematika idr. Prispevek predstavlja pregled statistike nasilja in kaznivih dejanj nad starejšimi (populacija nad 65 let) za obdobje od 2000 do 2010 z analizo literature. Nasilje nad starejšimi v Sloveniji se je v letih med 2000 in 2010 skoraj podvojilo. Najpogostejša skupina kaznivih dejanj, izvedenih nad starostniki, so premoženjski delikti (dobrih 80 %), sledijo kazniva dejanja zoper človekove pravice in svoboščine (dobrih 5 %), gospodarska kriminaliteta (skoraj 5 %) in kazniva dejanja zoper življenje in telo (skoraj 3 %). Omejitve raziskave so vezane na težko dostopne podatke o tem, kakšne so težave starejših pri prijavi kaznivih dejanj (ali do tega sploh pride) in kakšne vrste pomoč jim je pri tem nudena (če sploh). S pregledom značilnosti obravnavanega obdobja v zvezi z nasiljem nad starejšimi smo spoznali dejavnike tveganja, na podlagi katerih je mogoče oblikovati različne preventivne programe usposabljanja za delavce institucij, ki so v stiku s starejšimi žrtvami kaznivih dejanj, in pripraviti ustrezne programe psihosocialne in medicinske pomoči žrtvam.*

UDC 614.8+364.69-053.9

*KEY WORDS:* elderly people, ensuring safety, violence, prevention

*ABSTRACT - The article overviews the problems of prevention of violence towards the elderly. The age structure of the population in the world has changed a lot within the last decades. An increased share of the elderly population is causing numerous changes, which demand suitable solutions in several fields as soon as possible: social security, employment policy, housing problems, etc. The paper presents an overview of statistics of violence and criminal offences towards the elderly (population over 65 years of age) for the period from 2000 to 2010, using the literature analysis. Violence towards the elderly in Slovenia almost doubled during the mentioned 10 years. The most common forms of crime towards the elderly are property offences as the most frequent (good 80%), criminal offences against human rights and liberties as the second and (good 5%), economic crime (almost 5%) as next, and crime against body and life (almost 3%) as last. Limitations of the research are connected with hardly accessible data about the problems of elderly in reporting the criminal offences (whether it occurs at all), and about the type of help they get in need (if any). With the overview we have established the risk factors, on the basis of which it is possible to organise different preventive programme trainings for people, working with the elderly victims of violence and crime, and, what is more, to prepare programmes for psychosocial and medical help of the victims.*

## 1 Uvod

Nasilje je staro toliko kolikor je staro človeštvo in je ena najbolj grobih kršitev človekovih pravic. Vzrok zanj tiči v različnih posameznikovih ali skupinskih potrebah, ki za žrtev ustvarjajo neugodne posledice. Veliko ljudi ne želi slišati ničesar o njem, zanika njegov obstoj, predvsem pa ne vedo, kako naj ravnajo, ko se z njim srečajo (Zveza društev upokojencev Slovenije, 2008).

Varnost pa se začne z varnim okoljem in z varno družino V Sloveniji se nismo pripravili na dejstva, ki smo jim priča. Dosedanji razvoj socialnega varstva starejših oseb nad 65 let je bil izrazito usmerjen v institucionalno obliko varstva. Imamo domove, ki so v zasebni lasti in so pogosto cene storitev in nastanitev v njih večini nedostopne.

Druge oblike pomoči so šele v zametkih in ne pokrivajo dejanskih potreb starejših oseb v slovenskem prostoru. Zato veliko število starejših oseb ostaja v domačem okolju. Kjer nastopi deficit, starejšim pomagajo svojci, sosede in drugi. Žal pa se vse zgodbe ne odvijajo po naših željah. Generacijski razkorak in nerazumevanje drug drugega, poleg tega še finančna kriza ali pa dodatne obremenitve z boleznijo pripeljejo do nasilja nad starostniki. Največ konfliktov, nasilja, napetosti, slabih odnosov in odsotnosti komunikacije najdemo tam, kjer bi pričakovali največ razumevanja, skrbi, potrpežljivost in pomoči starejšim. Ti pogosto molčijo, težko je, če jim največjo bolečino prizadenejo prav tisti, ki so jim dali življenje in skrbeli zanje. Zdravstveni delavci, nevladne organizacije in vsakdo, ki opazi nasilje je moralno (odgovornost zdravstvenih delavcev) dolžan to preprečiti oz. prijaviti. Žrtve potrebujejo pomoč, starostniki so zaradi svoje bioloških lastnosti in nezmožnosti lasne obrambe lahko zaradi nasilja življenjsko ogroženi.

Meško in sodelavci (2000) so v študiji, ugotovili, da je razen žensk tudi starejše moške in ženske bolj strah kot mlajše. Njihovo pričakovanje morebitnih nevarnosti v življenjskem okolju je bolj izrazito kot pri mladih ljudeh, saj ima poškodba ali premoženjska škoda težje posledice pri starejših kot pri mlajših ljudeh. Sposobnost starejših, da se spopadajo z vsakdanjimi problemi kakor tudi s potencialnimi storilci je manjša. Oh idr. (2006) je obravnaval družbene vezi med starostniki, ki so temeljile na trajanju prebivanja, kriminalni viktimizaciji in zaznanih kršitvah javnega miru in reda. Domneva se, da so dejavniki, ki prispevajo k navezanosti ljudi na življenjsko okolje, povezani z dolžino bivanja na določenem območju in s tem, kako so ljudje vzpostavili in vzdrževali družbeno mrežo (ohranjanje stikov s sosedi in z drugimi prebivalci). Ljudje, ki so bili viktimizirani, trpijo za depresijo in niso povezani z drugimi člani družine, sosedi in prijatelji (Oh idr., 2006). Izsledki Ohove raziskave kažejo, da imajo starejši manj prijateljev v lokalni skupnosti kot mladi ter da viktimizaciji ne vpliva na prijateljstvo med sosedi. Zanimiva ugotovitev je, da kriminalna viktimizacij krepiti sosedske vezi, kar prispeva k zmanjšanju nadaljnjih viktimizacij. Starejši so prav tako kot druge starostne skupine dovzetni za zunanji in socialni nemir, ki je povezan z njihovim zaupanjem in doživljanjem socialne kohezije, vendar socialni in zunanji nemir, ki ga doživljajo starejši, zmanjšuje njihovo sposobnost sodelovanja pri stabilizaciji soseske (Oh idr., 2006). Zato starejši potrebujejo več pozornosti in zagotovil, ki jim jih policisti zagotavljajo v okviru policijskega dela v skupnosti.

## 2 Metodologija

Pregled, statistike nasilja in kaznivih dejanj nad starejšimi (populacija nad 65 let) za obdobje od 2001 do 2010 z analizo literature.

### 3 Rezultati

S pregledom literature smo ugotovili, da je metodološko ustreznih raziskav s področja nasilja starejših v Sloveniji (pre)malo, pa vendar je iz njih moč oceniti prevalenco in značilnosti tega pojava pri nas. Policijski podatki so z omenjenimi raziskavami v glavnih značilnostih skladni. Slovenci poznamo ta pojav, predvsem zaradi medijev (87,7 %), zelo pogosto pa o tem slišimo od prijateljev idr. elavcev (40,6 %) ter neposredno od starejših (27,5 %) (Kapš, 2011). Sedmakova s sodelavkami (2006) ugotavlja, da 13,6 % ljudi pozna vsaj eno družino, v kateri se izvaja nasilje nad starim človekom, več jih poznajo posamezniki z nižjo stopnjo izobrazbe in tisti, ki bivajo v mestih. Predvsem gre za psihično (9,1 %), pa tudi za fizično (4,3 %) in ekonomsko nasilje (4,2 %) ter zanemarjanje (4,8 %). Pričakovano so številke centrov za socialno [CSD] delo manjše, saj je nasilje nad starejšimi običajno zelo skrito in od zunaj težko dostopno. Od vseh obravnavanih žrtev zaradi nasilja v družini v letu 2010 je bilo starejših (65 let ali več) 6,5 % (Stop Violence against elderly women [STOP V.I.E.W], 2009). Reprezentativne študije o tem kakšna je razsežnost nasilja nad starejšimi pri nas še nimamo. Posredno je o zaznavanju nasilja izpeljal raziskavo Urad za enake možnosti (Urad za enake možnosti leta 2004) in sicer na 42-ih centrih za socialno delo, 23-ih patronažnih službah in 187-ih društvi upokojencev. Največ nasilja nad starejšimi v svoji okolici opažajo na CSD (93 %), manj to opažajo patronažne službe (70 %), najmanj pa društva (17 %). Ocene kakšne so najpogostejše oblike nasilja nad starejšimi, kdo je najpogostejša žrtev in kdo storilec, so naslednje:

- pri ženskah prevladuje telesna oziroma fizična zloraba, za oba spola enako pa sta značilna finančno in psihično nasilje ter zanemarjanje;
- CSD in patronažne sestre ocenjujejo, da so povzročitelji zanemarjanja starejših predvsem njihovi otroci;
- društva podobno ocenjujejo nasilje nad starejšimi moškimi, pri ženskah pa kot najpogostejše storilce omenjajo tudi njihove partnerje;
- sodelujoči vseh treh institucij menijo, da so otroci najpogostejši povzročitelji finančnega nasilja pri obeh spolih, da so moški žrtve fizičnega nasilja predvsem s strani otrok, ženske pa s strani partnerja;
- psihično zlorabo moški doživljajo predvsem s strani otrok in zatem s strani partnerke, pri ženskah pa so ocene obratne.

Po statističnih evidencah slovenske policije med letoma 2001 in 2010, Generalne policijske uprave, so najpogostejša skupina kaznivih dejanj nad starostniki premoženjski delikti (dobrih 80 %), sledijo kazniva dejanja zoper človekove pravice in svoboščine (dobrih 5 %), gospodarska kriminaliteta (skoraj 5 %) in kazniva dejanja zoper življenje in telo (skoraj 3 %).

Nasilje nad starejšimi se pogosto obravnava tudi izven družinskega okolja, saj so starejši zaradi potrebe po pomoči nastanjeni v domovih za starejše. Po podatkih sodeč pa so starostniki, ki so odvisni pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti, bolj ogroženi v domačem okolju kot v domovih za starejše (Habjanič in Lahe, 2012). Tisti iz domačega okolja so namreč navedli 43,9 % fizičnega, 93,9 % psihičnega in 81,6 %

ekonomskega nasilja, starejši iz domovih starejših občanov pa 9,6 % fizičnega, 63,5 % psihičnega in 34,6 % ekonomskega nasilja.

Službe, ki delujejo na terenu (na primer patronažna služba ali prostovoljci društev upokojencev), imajo boljši dostop in vpogled v življenje družine s starejšim članom, starejši pa jim tudi bolj zaupajo (Matiš, 2013). Pomoč starejšim, ki doživljajo nasilje v družini, nudijo tudi v nevladnih organizacijah. V Društvu SOS telefon imajo starejše uporabnice v vseh izvajanih programih: odgovarjajo na njihove telefonske klice, vključene so v skupini za samopomoč in jih nastanjajo v zatočišču. Predvsem gre za starejše, ki doživljajo nasilje s strani svojih otrok ali partnerjev (SOS telefon, 2008). A strokovni delavci opozarjajo na pomanjkanje služb na terenu in nevladnih organizacij (Matiš, 2013).

Nasilje nad starejšimi najpogosteje prijavijo sosedje oz. znanci, zatem patronažna služba, izvajalci pomoči na domu, policija, starostnik sam, bratje in sestre žrtve, otroci (najpogosteje tisti, ki ne živijo v skupnem gospodinjstvu z žrtvijo), nevladne organizacije, zdravnik in nazadnje vnuki oziroma nečaki (STOP V.I.E.W, 2009). Da starejši sami relativno redko poiščejo pomoč, kažejo tudi ocene CSD (pomoč naj bi iskalo 29 % starejših žrtev), društev upokojencev (10 %) in patronažnih služb (9 %) (Uem, 2004).

## 4 Razprava

Nasilje nad starejšimi je družbi znano, a v veliki meri skrito in ga je težko odkriti. Najbolj so izpostavljeni ljudje, ki so oslabei in bolni in tisti, ki se težko fizično branijo. To so depresivni in dementni bolniki ter starostniki z drugimi kroničnimi duševnimi motnjami. Glavni problem nasilja na domu je, da se vse dogaja med štirimi stenami in je skrito pred javnostjo. Značilnost nasilja nad starejšimi in tisto, po čemer se razlikuje od drugih oblik nasilja v družini je zagotovo dejstvo, da starost, psihofizična kondicija in perspektiva žrtve vplivajo na to, da gre nemalokrat tudi za življenjsko ogrožajoče situacije. Na pojav nasilnih dejanj nad starostniki vplivajo številni dejavniki. Marsikdaj gre za vzorec vedenja, ki je prisoten v družinah, kjer se ali se je dogajalo nasilje nad ženskami ali otroci. Žrtve imajo v družinski anamnezi pogosto alkoholizem, duševne bolezni, revščino, družinsko neskladje. Zlasti otroci pogosto osvojijo nasilni način obnašanja in kasneje v življenju zlorabljajo partnerja, svoje otroke ali stare, nemočne starše (Habjanič, 2011).

Razloga, zakaj žrtev molči, sta tudi strah pred institucionalizacijo in želja, da bi vršilca nasilja zaščitil pred posledicami. Starejšim ljudem kognitivni procesi velikokrat ne omogočajo ustrezne verbalne komunikacije in zate ne morejo jasno poročati o nasilju, ki se izvaja nad njimi. Žrtve nasilja je možno prej odkriti, če je starejša oseba uporabnik socialne ali zdravstvene pomoči. Raziskav, ki preučujejo posledice zlorab starejših ljudi v smislu psihičnega in fizičnega stanja je zelo malo (Turković, 2009). Edini organ v Sloveniji, ki vodi uradno statistiko nasilja v družini, je policija, dokumentirani so prijavljeni primeri nasilnih dejanj. V Kazenskem zakoniku RS je od leta 1999 nasilje v družini vključeno v dejanje nasilništva. Takrat je bila sprejeta novela



Kazenskega zakonika oziroma njegovega 299. člena, ki opredeljuje nasilništvo, policisti pa so nasilje v družinah začeli preganjati tudi po uradni dolžnosti. Tako se je na primer na pretep med partnerjema pred desetletjem gledalo kot na njuno zasebno zadevo, kasneje kot na prekršek zaradi ogrožanja varnosti osebe v zasebnem prostoru, danes pa vse več policistov pretep jemlje kot najhujšo obliko nasilja. Intervencija pri nasilju v družinah med samimi policisti sodi med najbolj nezaželena ukrepanja. Razlogov za to je več, med drugim občutek nemoči policije, ker intervencija velikokrat ne reši pojava ponavljajočega se nasilja in občasne dileme ali predsodki (del krivde se pripíše tudi žrtvam nasilja). Intervencije so potencialno nevarne okoliščine, predvsem zaradi spremenljivosti dinamike nasilja, v katerih se lahko znajdejo policisti. Zato se dogaja, da policisti lažje kot klic k intervenciji sprejmejo ne-prijavljanje nasilja v družini. Na občutek nemoči policije dodatno vpliva tudi dejstvo, da sodstvo več kot polovice podanih predlogov o prekrških ne obravnava (Bašič, 1993). Pri Generalni policijski upravi navajajo razloge, zakaj starejši redko prijavijo kaznivo dejanje: nasilje in zlorabe največkrat doživljajo v domačem okolju in od ljudi, od katerih tega ne bi pričakovali. Odnos do lastnih otrok, bratov, sester in članov njihovih družin jim predstavlja veliko oviro, zaradi katere se le redko odločijo spregovoriti in poiskati pomoč. Iskati pomoč na policiji starejši zaznavajo kot sramoto, ki bi je bili deležni od okolice, zato je pogosto to zadnja misel. Nadaljnja ovira je odvisnost od nasilnih članov družine ali skupnega gospodinjstva, tako čustvena kot materialna. Neobveščenost o tem, kaj lahko storijo in kakšne bodo posledice, če podajo prijavo. Fizična nezmožnost, da bi poiskali pomoč, saj so pod stalnim nadzorom, gibalno omejeni, slabega zdravstvenega stanja. Veliko starejših ljudi nima stikov z ljudmi izven svojega ozkega bivalnega okolja in zato nimajo komu povedati, v kakšni situaciji morajo živeti. Okolica jih pogosto ne jemlje resno, njihove obtožbe in obvestila pripisuje starostni značilnosti. Neredko je prisotna miselnost, da je senilna demenca običajen pojav pri določenih letih (Generalna policijska uprava, 2007).

## 5 Zaključek

Pri pregledu in analizi podatkov o nasilju nad starejšimi osebami naletimo na mnoge ovire, predvsem, ko želimo te podatke prevesti v prakso. Najprej se težave pojavijo pri zbiranju podatkov, ki je bolj reprezentativno, če ga opravimo na ustrezno metodološko izbranem vzorcu. Vendar pa so statistični podatki npr. policije, sodišč, nevladnih organizacij in socialnih služb veliko lažje dostopni (in cenejši). A ker večina žrtev nasilja ne prijavi, tudi ti podatki niso reprezentativni.

## LITERATURA

1. Bašič, K. (1993). Nasilje nad žensko. *Policija*, (2), 185–194.
2. Generalna policijska uprava. (2007). Preprečevanje nasilja, zlorab in diskriminacije starejših. Pridobljeno 28. 10. 2015, s [www2.arnes.si/~ljzotks2/starejsi/gradivo/word/KRANJ\\_MUSIC\(4.3\).doc](http://www2.arnes.si/~ljzotks2/starejsi/gradivo/word/KRANJ_MUSIC(4.3).doc).

3. Habjanič, A. (2011). Zdravstvena nega v domovih za starejše z vidika stanovalcev, sorodnikov in negovalnega osebja. *Obzornik zdravstvene nege*, 45, 39–47.
4. Habjanič, A. in Lahe, D. (2012). Nasilje nad starejšimi slabega zdravja v domačem okolju in domovih starejših občanov. *Obzornik zdravstvene nege*, 46 (1), 37–45.
5. Kapš, A. (2011). Stališča Slovencev do zlorab in nasilja nad starejšimi (Magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede
6. Kodeks etičnih načel v socialnem varstvu. Ur. l. RS 59/2002. Pridobljeno 28. 10. 2015, s <http://www.zik-crmomelj.eu/images/1dokumenti/.../npk-oskrbovalec-katalog>.
7. Matiš, K. (2013). Nasilje nad starimi ljudmi na področju Prekmurja (Diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
8. Meško, G., Frangež, D., Rep, M. in Sečnik, K. (2006). Zapor: družba znotraj družbe – pogled obsojencev na odnose in življenje v zaporu. *Socialna pedagogika*, 10 (3), 261–286.
9. Oh, J., Kim, H. S. , Martins, D. and Kim, H. A (2006). Study of elder abuse in Korea. *IntJ Nurs Stud.*, 43 (2), 203–214.
10. SOS telefon (2008). Nasilje nad starejšimi – Izkušnje društva SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja. Posvet: Kaj bomo skupaj naredili za preprečevanje nasilja in zlorab nad starejšimi osebami.
11. Stop Violence against elderly women (2009). Analysis and discussion on the subject of violence against elderly women. Final report. Pridobljeno, s [http://www.zdus-zveza.si/docs/STOP%20V.I.E.W/766\\_Porocilo\\_nasilje\\_nad\\_starejsimi\\_zenskami.pdf](http://www.zdus-zveza.si/docs/STOP%20V.I.E.W/766_Porocilo_nasilje_nad_starejsimi_zenskami.pdf).
12. Turković, M. (2009). Nasilje nad starejšimi (Diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
13. Urad za enake možnosti (2004). Raziskava o nasilju nad starejšimi. Pridobljeno, s [http://www.arhiv.uem.gov.si/si/delovna\\_podrocja/nasilje\\_nad\\_zenskami/akcije\\_uem/spregovorimo\\_o\\_nasilju\\_nad\\_starejsimi\\_zenskami/](http://www.arhiv.uem.gov.si/si/delovna_podrocja/nasilje_nad_zenskami/akcije_uem/spregovorimo_o_nasilju_nad_starejsimi_zenskami/).
14. Zakon o socialnem varstvu (ZSV-UPB1). Ur. l. RS 54/1992, 42/1994, 1/1999, 41/1999, 60/1999, 36/2000, 54/2000, 26/2001, 110/2002, 2/2004, 36/2004, 69/2005, 21/2006, 105/2006, 114/2006, 3/2007, 23/2007, 122/2007, 61/2010, 62/2010 in 57/2012.

# Pomen gibanja v tretjem življenjskem obdobju

UDK 613.71-053.9

*KLJUČNE BESEDE:* starostnik, telesna dejavnost, zdrav življenjski slog

*POVZETEK* - Gibanje je ena od osnovnih človekovih potreb v vseh obdobjih življenja. V zadnjih letih, ko telesna aktivnost in šport spet postajata vrednoti, narašča tudi delež telesno aktivnih starostnikov. Številne raziskave so potrdile, da aktiven življenjski preperečuje bolezni srca in ožilja, znižuje krvni tlak, izboljša sladkorno bolezen, obvladuje prekomerno telesno težo in ima številne ugodne učinke za ohranitev zdravja. Redna telesna dejavnost pripomore k izboljšanju kvalitete življenja ter s tem k zmanjšanju števila od tuje pomoči odvisnih starostnikov. Sistemi zdravstvenega varstva igrajo ključno vlogo pri obravnavanju telesne dejavnosti. Zdravstveni domovi, bolnišnice in ustanove za dolgoročno oskrbo morajo dajati zgled in nuditi možnosti za udejstvovanje v telesni dejavnosti starostnikov.

UDK 613.71-053.9

*KEY WORDS:* elderly people, physical activity, healthy lifestyle

*ABSTRACT* - Movement is a basic human need in the all periods of life. In recent years, physical activity and sports became very important, as well as the physical activity of the elderly is increasing. Many researches have shown that an active life prevents heart diseases, reduces blood pressure, positively affects diabetes, controls overweight, and has many influences on staying healthy. Regular physical activity improves the quality of life and decreases the number of the elderly who need someone's help or depend on others. Healthcare systems have an important role with the inclusion of physical activity. Health centres, hospitals and institutions for long-term treatment have to be an example and offer possibilities to involve elderly people in physical activities.

## 1 Uvod

Vsakdanji rek trdi, da je človek, ki se umakne in izgubi sleherno zanimanje za življenje in delo, blizu svojega konca. Vsakdanjost in okorelost sta naša največja sovražnika. Dokler nas ne dobita v svoje kremplje, ostane telo še vedno živahno.

Že strah pred starostjo pomeni starost. Pogosto je dovolj, da moški, zlasti pa ženska, doseže zrelo starost in že misli, da je organizem do konca izrabljen in da je vsega konec.

Bolezni in nenehne skrbi ljudje pogrezajo v prezgodnjo otopelost, ne da bi se sploh upirali. Stereotipno razmišljanje, da ljudje v starosti niso sposobni večjih in težjih fizičnih naporov le še utrjujejo prepričanja kaj starostnik sme in zmore in kaj ne zmore. K sreči se stereotipi počasi umikajo, saj vse več starostnikov aktivno skrbi za svojo vitalnost.

Vedno več preventivnih programov omogoča organizirano telesno vadbo starostnikov. Misel da zmoremo je najmočnejše sredstvo, ki ga imamo na voljo, otresti se je treba misli, da so v dobi, ko določene dejavnosti niso več primerne za njih.

## 2 Kdo so starostniki?

Starostniki predstavljajo zelo heterogeno skupino prebivalstva. V njej so tako ljudje, ki še vedno aktivno opravljajo svoj poklic ali skrbijo za slabotne sorodnike, kot tudi tisti, ki so sami slabotni in potrebujejo pomoč drugih. Po ocenah je približno 20 odstotkov starostnikov v glavnem zdravih, 30–50 odstotkov je bolnih, kljub temu pa fizično in psihično opravljajo svojo družbeno vlogo, 10 odstotkov je težko bolnih, 10–15 odstotkov pa pri vsakodnevnih opravilih potrebuje stalno pomoč (Pendl Žalek, 2006, str. 60–61).

Posledice staranja prebivalstva vplivajo na vse prebivalstvo in se odražajo na mnogih področjih, kot so ekonomsko, zdravstveno, socialno in politično področje.

Življenjska doba starejših se hitro podaljšuje. Povprečna življenjska doba se je v zadnjih sto letih praktično podvojila.

V današnjem času se je spremenilo pojmovanje in doživljanje starosti. Glede na pričakovano vitalnost v posameznih obdobjih starostnike delimo na več faz: od 65 let do 74 let so »mladi« starejši ljudje, od 75 do 84 let so »srednje« starejši ljudje in nad 85 let so »stari« starejši ljudje.

Največja vrzel v fazi prehajanja v to življenjsko obdobje je, da družba še vedno ni razvila sistema priprave na starost, da bi človek znal oblikovati in usklajevati spremembe življenja. Človekovo življenje je potrebno gledati in razumeti kot celosten proces. Zato je razvoj programov priprave na starost pomembna naloga socialnega in zdravstvenega sektorja (Pendl Žalek, 2006, str. 60–61).

## 3 Naše telo je naravnano na 120 let

Če bi se rodili okoli leta 1000, bi pri 25 letih dočakali že zavidanja vredno starost. Kar 900 let je trajalo, da se je kakovost življenja tako izboljšala, da se je pričakovana življenjska starost povečala za 20 let. In nato se je v preskoku v novo stoletje zgodilo kar dvoje izredno pomembnih stvari. Medicinska tehnologija je k pričakovani življenjski dobi dodala še 30 let, industrijska revolucija pa je naredila življenje enostavnejše. Olajšala je številna fizično zahtevna opravila, ki so bila potrebna za preživetje. To pa je kmalu povzročilo napačno razumevanje in sprejemanje procesa staranja.

Človeško telo prvenstveno služi enemu samemu namenu – gibanju in to z namenom preživetja. Do leta 1900 je bilo življenje fizično resnično zahtevno. Odvisno je bilo od sposobnosti hitrega in učinkovitega gibanja. Zelo malo je telesnih površin, ki niso pokrite z mišicami. Z izjemo glave in nekaterih organov v prsni in trebušni votlini smo bili »narejeni« stoodstotno za gibanje. Če bi naše telo tudi tako izkoriščali in okolje nebi imelo nobenega vpliva na naše zdravje, bi lahko dočakali 120 let (Pendl Žalek, 2006, str. 61–64).

## 4 Gibanje

Gibanje je ena od osnovnih človekovih potreb v vseh obdobjih življenja. Redna telesna dejavnost zmerne intenzitete varuje zdravje ljudi vseh starostnih skupin. S starostjo pa žal delež telesno aktivnih upada. Pešanje sposobnosti je v procesu staranja neizogibno, vendar se je s pomočjo redne telesne dejavnosti temu procesu možno do neke mere upirati. Redna telesna dejavnost pripomore k izboljševanju kvalitete življenja ter s tem k zmanjševanju števila od tuje pomoči odvisnih starostnikov. Eden od ključnih problemov v zvezi s telesno dejavnostjo za krepitev zdravja v Sloveniji je previsok delež telesno nedejavnega prebivalstva v vseh starostnih skupinah (Fras, 2002, str. 84–89).

## 5 Aktivni življenjski slog

V zadnjih letih, ko telesna aktivnost in šport spet postajata vrednoti, narašča tudi delež telesno aktivnih starostnikov, kar je zelo pohvalno, saj to z ugodnim fizičnim in psihičnim vplivom gotovo dviguje kakovost življenja v starosti.

Aktiven življenjski slog pomaga:

- preprečevati bolezni srca in ožilja
- zmanjšati tveganje za možgansko kap
- obvladovati krvni tlak
- izboljšati sladkorno bolezen
- obvladovati prekomerno telesno težo in debelost
- preprečevati krhkost kosti (osteoporozo) in možnost zlomov
- zvečati telesno pripravljenost
- vzdrževati mišično moč in gibljivost sklepov
- zmanjšati stres in depresijo
- izboljšati kvaliteto življenja
- zmanjšati število od tuje pomoči odvisnih starostnikov (Maučec Zakotnik, 2006).

### 5.1 Aktiven življenjski slog in bolezni srca in ožilja (BSO)

Najmočnejši dokaz kaže, da je največja korist telesne dejavnosti v zmanjšanju tveganja za bolezni srca in ožilja. Pri telesno nedejavnih ljudeh je nevarnost bolezni srca dvakrat večja kot pri telesno dejavnih. Telesna dejavnost pomaga tudi pri preprečevanju kapi in izboljšuje številne dejavnike tveganja za BSO, vključno z visokim krvnim tlakom in visokim holesterolom (Pendl Žalek, 2004, str. 64).

### 5.2 Aktiven življenjski slog in prekomerna teža ter debelost

Nizka raven telesne dejavnosti je pomembno vplivala na silovit porast razširjenosti debelosti v Evropski regiji. Debelost se pojavi tedaj, ko vnos energije (vnos hrane) prekorači skupno porabo energije, vključno s porabo v obliki telesne dejavnosti. Telesna teža se običajno povečuje s starostjo, vendar pa lahko stalna, vseživljenjska te-

lesna dejavnost zmanjša porast teže. Ukvarjanje s telesno dejavnostjo v primernem obsegu lahko pomaga pri ohranjanju zdrave telesne teže ali celo pri njenem zmanjšanju. To je izjemnega pomena tudi za ljudi, ki že imajo preveliko težo ali pa so debelih (Pendl Žalek, 2004, str. 65).

### *5.3 Aktiven življenjski slog in sladkorna bolezen*

Sladkorna bolezen je v vedno bolj zaskrbljujoč pojav, ker se povečuje stopnja sladkorne bolezni tipa 2 (inzulinsko neodvisne sladkorne bolezni). Sladkorna bolezen tipa 2 se običajno pojavi pri odraslih v starosti 40 let in več. Za to, da telesna dejavnost pomaga preprečevati sladkorno bolezen tipa 2, obstajajo močni dokazi; tveganje je pri telesno dejavnih ljudeh približno za 30 odstotkov manjše kot pri telesno nedejavnih ljudeh. Telesna dejavnost tako zmerne kot tudi visoke intenzivnosti zmanjšuje tveganje, vendar mora biti redna (Pendl Žalek, 2004, str. 65).

### *5.4 Aktiven življenjski slog in rak*

Telesna dejavnost je povezana z zmanjšanjem celotnega tveganja za nastanek raka. Številne raziskave so pokazale zaščitni učinek telesne dejavnosti na tveganje za nastanek raka črevesja, tveganje je pri telesno dejavnih ljudeh manjše za približno 40 odstotkov. Telesna dejavnost je povezana tudi z manjšim tveganjem za nastanek raka dojke pri ženskah po menopavzi, obstaja pa tudi nekaj dokazov, da ima lahko visoko intenzivna telesna dejavnost zaščitni učinek proti raku prostate pri moških (Pendl Žalek, 2006, str. 66).

### *5.5 Aktiven življenjski slog in mišično-skeletno zdravje*

Če se s telesno dejavnostjo ukvarjamo vse življenje, se lahko poveča in ohranja mišično-skeletno zdravje ali zmanjša njegovo upadanje, ki se s starostjo običajno pojavi pri ljudeh, ki veliko sedijo. Telesna dejavnost starejših, lahko pomaga ohranjati moč in gibljivost, kar starejšim ljudem omogoča, da še naprej opravljajo vsakodnevne aktivnosti. Redno gibanje lahko pri starejših zmanjša tveganje za padce in zlome kolkov. Izvajanje aktivnosti, kjer premagujemo lastno telesno težo, pomagajo pri povečanju kostne gostote in preprečuje osteoporozo (Pendl Žalek, 2006, str. 66).

### *5.6 Aktiven življenjski slog in dobro psihično počutje*

Telesna dejavnost lahko zmanjšuje simptome depresije ter morebitnega stresa in anksioznosti. Lahko pa prinaša tudi druge psihološke in socialne koristi, ki vplivajo na zdravje. Tako lahko pomaga oblikovati socialne veščine, pozitivno samopodobo ter samospoštovanje in izboljšati kakovost življenja. Te koristi verjetno izhajajo iz prepleta med udeleževanjem samim ter socialnimi in kulturnimi koristmi telesne dejavnosti (Pendl Žalek, 2004, str. 67).

## 6 Starostniki in telesna dejavnost

Starejši ljudje so heterogeni in raznoliki ter ravni njihove neodvisnosti in mobilnosti so različne. Velika večina starejših ljudi živi v skupnosti in si želi tam ostati. Nikoli ni prepozno, da dosežemo koristi, povezane z redno telesno dejavnostjo. Celo majhno povečanje telesne dejavnosti lahko veliko prispeva k dobremu počutju starejših ljudi in poveča njihove sposobnosti, da ostanejo neodvisni in aktivno prispevajo k življenju v mestih. Z omogočanjem in spodbujanjem povečane telesne dejavnosti v tej skupini prebivalstva lahko tudi zelo učinkovito preprečujemo in znižujemo visoke stroške, povezane z zdravstvenimi in socialnimi storitvami (Dornik, 2002, str. 109–111).

Kljub tem dejstvom starejši ljudje (zlasti starejše ženske) ostajajo med najmanj aktivnimi od vseh skupin prebivalstva. Leta 2002 se več kot 60 odstotkov Evropejcev, starih nad 65 let, v zadnjih sedmih dneh ni ukvarjalo z nobeno zmerno telesno dejavnostjo. H ključnim oviram za starejše sodijo nedostopnost (na primer zmanjšana giblјivost lahko omejuje uporabo stopnic na podzemni železnici); vprašanja varnosti, povezana z vremenom (kot so poledeneli pločniki) in cestnim prometom (kot so nevarni prehodi čez cesto); podcenjevanje starejših (prepričanje, da sta telesna dejavnost in šport samo za mlade) in izoliranost (kot je pomanjkanje podpore drugih, vključno s strokovnjaki iz zdravstvenega področja in specialisti za rekreacijo).

Uspeh je povezan s širokim pristopom, ki vključuje do starejših prijazno urbanistično načrtovanje, izobraževanje, dvigovanje zavesti in intervencijah povezanih z domom. Sposobnost prikladnega pešačenja od doma do namembnih krajev, kot so trgovine, parki in poti, zaznavanje varnega in estetsko prijetnega okolja za hojo in preprost dostop do zelenih površin vse to je povezano z večjo telesno dejavnostjo med starejšimi ljudmi (Dornik, 2002, str. 110–113).

### 6.1 Učinki aerobne vadbe

Učinki aerobne vadbe se kažejo v:

- povečani aerobni kapaciteti,
- izboljšanjem dihanjem,
- izboljšanjem krvnem obtoku,
- zmanjšanju tveganja za nastanek bolezni srca in ožilja,
- pomoči pri uravnavanju krvnega pritiska,
- znižanjem nivoju holesterola in trigliceridov v krvi,
- povečanju HDL holesterola,
- nadzorovanju teže in telesne zgradbe,
- varovanju pred DM tip 2,
- boljši zaščiti pred določenimi oblikami raka,
- zmanjšanju stresa in mentalnega pritiska (Fucks, 1999).

### 6.2 Učinki vaj krepitve mišic

Učinki vaj krepitve mišic pripomorejo k:

- povečanju mišične moči,

- povečanju mišične vzdržljivosti,
- oblikovanju in krepitev mišičnega tkiva,
- preprečevanju zmanjševanja mineralne gostote kostnega tkiva in varovanje pred osteoporozo in
- krepitvi vezivnega tkiva (kite, vezi) (Fucks, 1999).

### 6.3 Učinki vaj za raztezanje mišic

Učinki vaj za raztezanjemišic se kažejo v:

- izboljšanju gibljivosti,
- zmanjšanju možnosti nastanka težav s spodnjim delom hrbta,
- zmanjšanju možnosti poškodb mišic in sklepov
- sprostitvev in nadzor stresa (Fucks, 1999).

## 7 Telesna vadba za starejše pri nekaterih značilnih zdravstvenih težavah

### 7.1 Osteoporoza

Osteoporoza je obolenje kosti, pri katerem zaradi različnih vzrokov pride do zmanjšanja količine kalcijevih in fosforjevih soli v kosteh, kar naredi kosti porozne in lomljive. Gostota se lahko zmanjša tudi za 50 %. V začetni fazi osteoporoze je priporočljiva vadba z utežmi za zgornji del telesa ter aerobna aktivnost, kot sta tek in hitra hoja. V kasnejših fazah pa se vadba z utežmi zaradi možnosti zlomov kosti odsvetuje. V takih primerih pa je treba nadvse previdno izvajati izometrične vaje brez zunanje obremenitve ter zmerne aerobne dejavnosti, denimo hojo (Pendl Žalek, 2004, str. 75).

### 7.2 Revmatoidni artritis

Revmatoidni artritis je konična vnetna bolezen vezivnega tkiva lokomotornega sistema. Bolezen vpliva na vse ravni človekovega delovanja in običajno prizadene tudi druge sisteme telesa. V fazi poslabšanja bolezni je gibanje zelo boleče, zato človek običajno dela vaje za razbremenitev. V fazi izboljšanja pa se priporoča telesna dejavnost, saj je treba ohraniti čim večjo gibljivost v sklepih in telesno pripravljenost. Priporočene so izometrične vaje, kratke in lahke vaje z utežmi, aerobne vaje in veliko raztezanja (Pendl Žalek, 2004, str. 76).

### 7.3 Arterijska hipertenzija

Arterijska hipertenzija ali zvišan krvni pritisk sodi med bolezni srca in ožilja, na katere lahko poleg zdravljenja vplivamo tudi z vrsto nefarmakoloških ukrepov, med katere sodi tudi redna telesna aktivnost. Priporočljiva je predvsem aerobna vadba ter vaje raztezanja, lahko pa tudi vaje z lahkimi utežmi ali vaje na orodjih (Pendl Žalek, 2004, str. 77).



#### 7.4 Bolečine v križu

Bolečine v križu so zelo pogost pojav moderne družbe in najpogostejša posledica neaktivnosti po 40. letu. Tudi nepravilna izvedba in izbor vaj sta lahko vzrok nastanka bolečin. Najpogostejša zaščita pred bolečinami v križu je vsekakor telesna vadba, ki vključuje vaje za krepitev trebušnega in hrbtne mišičevja, krepitev mišic zadnjice ter raztezanje upogibalk kolka in mišic spodnjega dela hrbta. Ob tem je seveda potrebna tudi krepitev in raztezanje vseh ostalih mišičnih skupin, saj lahko sicer pride do nesorazmerja moči, kar lahko pripelje do poškodb. Pri akutni bolečini v križu je poleg fizikalne terapije potrebna tudi zelo previdna vadba, ki pa ne sme izzvati dodatnih bolečin (Pendl Žalek, 2004, str. 78–79).

### 8 Vloga zdravstvenega varstva

Sistemi zdravstvenega varstva igrajo ključno vlogo pri obravnavanju telesne dejavnosti, debelosti in zdravega prehranjevanja. Zdravstveni domovi, bolnišnice in ustanove za dolgoročno oskrbo morajo dajati zgled, s pomočjo ustvarjanja možnosti za udejstvovanje v telesni dejavnosti in jih izboljševati. Aktivno življenje in ustrezna telesna vadba so ključ do rehabilitacije, z njima je mogoče znova pridobiti zdravje in vitalnost po bolezni ali poškodbi, pomagajo pa tudi pri ohranjanju neodvisnosti v starosti. Zdravstveni strokovnjaki, ki delajo v teh ustanovah, so verodostojni zagovorniki dragocenosti in koristi redne telesne dejavnosti. Izvajalci storitev osnovnega zdravstvenega varstva imajo odlično priložnost, da s pomočjo jedrnatih napotkov motivirajo ljudi za zvečanje telesne dejavnosti (CINDI, 2010).

#### 8.1 Dostopnost in varnost

Izboljša naj se dostop do površin za rekreacijo. Igrišča, športna območja, poti in pešpoti ter parki naj bodo na razdalji, ki jih je mogoče premagati s hojo ali na vozičku. Zagotoviti dobro vzdrževane, varne parke, kolesarske steze in poti ter pešpoti. Starejšim in ljudem z omejenimi sposobnostmi zagotoviti brezplačen ali finančno podprt dostop do plavalnih bazenov in drugih objektov (Edwards in Tsouros, 2014).

Izboljšati dostop do javnega prevoza in/ali zagotovite prevoz do rekreacijskih objektov ljudem s posebnimi potrebami, starejšim in socialnoekonomsko ogroženim.

Povečati prizadevanja za vključitev ljudi s posebnimi potrebami in kroničnimi boleznimi (vseh starosti) v ustrezno telesno dejavnost. To bo zahtevalo izboljšave glede dostopnosti v grajenem in naravnem okolju ter večjo vlogo zdravstvenih strokovnjakov in tistih, ki ponujajo oskrbo v ustanovah za dolgoročno oskrbo (Edwards in Tsouros, 2014).

Spodbujati kolesarjenje kot način prevoza za vse starosti, tudi tako, da bo za avtomobile na mestnih cestah uvedli omejitve hitrosti, pri načrtovanju prevoza pa dajali prednost kolesarjem, zgraditi kolesarske steze in poti ter pešpoti, izboljšati načrtovanje kolesarskih cest (Edwards in Tsouros, 2014).

S pomočjo mestnega oddelka za rekreacijo zagotoviti programe telesne dejavnosti, ki bodo ustrezali različnim skupinam prebivalstva:

- za starejše ljudi: skupine za hojo, vrtnarjenje v skupnosti, ure telesne vadbe v občinskih centrih, programe, ki temeljijo na aktivnostih doma, integracijske dejavnosti in telesno vadbo v vodi v lokalnih bazenih;
- za ljudi s posebnimi potrebami: skupine za hojo in vožnjo z invalidskimi vozički, ki uporabljajo lahko dosegljive poti; poskrbite, da bo v parkih in na poteh na voljo prilagojena oprema, na primer kolesa na ročni pogon, ki si jih bo mogoče izposoditi, in pripravili programe, ki bodo spodbujali vključevanje ljudi z omejenimi sposobnostmi v obstoječe dejavnosti, namesto da bi razvijali ločene dejavnosti (CINDI, 2010).

## 9 Zaključek

V zadnjih letih, ko telesna aktivnost in šport spet postajata vrednoti, narašča tudi delež telesno aktivnih starostnikov, kar je zelo pohvalno, saj to z ugodnim fizičnim in psihičnim vplivom gotovo dviguje kakovost življenja v starosti. Opazno narašča tudi število »tekmovalnih« prireditev za veterane.

Postavljati kronološko mejo, nad katero se intenzivno gibanje odsvetuje, je zaradi različnosti organizmov in načina življenja skoraj nemogoče. Kljub vsemu se v literaturi omenja meja 75 let, nad katero se svetuje kvečjemu lažja vadba.

Pozitivni vplivi predvsem aerobnega treninga v starosti so enaki kot pri mlajših, le učinek je bolj izražen zaradi manjše tkivne rezerve. Najpomembnejši je gotovo pozitiven vpliv na srce in ožilje, ne smemo pa pozabiti tudi na ugodne presnovne učinke telesne vadbe. Večina starostnikov ima težave z iztirjenim holesterolom, mnogi tudi s krvnim sladkorjem. Vrednosti »slabega« (LDL) holesterola se pri vadbi znižajo, povečajo pa se vrednosti »dobrega« (HDL) holesterola. Tudi poraba sladkorja je povečana, kar vpliva predvsem na diabetes tipa 2.

Predvsem vadba za moč pa zelo ugodno vpliva na kostno gostoto, kar zmanjša verjetnost nastanka osteoporoze ali jo z zdravili pomaga izboljšati.

V nasprotju z mišljenjem bolnikov se gibanje svetuje tudi pri težavah s sklepi, ker izboljša gibljivost in okrepi mišice, ki sklepe bolje stabilizirajo. To je včasih dovolj, da se bolečine močno zmanjšajo, zaradi česar se zmanjša tudi poraba protibolečinskih zdravil z mnogimi škodljivimi stranskimi učinki. Poleg tega, vadba za moč izboljša starostnikovo koordinacijo, s čimer se zmanjša možnost padcev z zlomi.

Ugodne psihološke učinke vadbe je sicer težko kvantitativno opredeliti, vseeno pa so znani ugodni vplivi tudi na zmanjšanje možnosti depresije zaradi izboljšanja socialnih stikov, ki so pri starostnikih navadno zmanjšani.

Skratka, gibanje starostnikov je izrednega pomena, zato sem mnenja, da je potrebno starostnike vzpodbujati in bolj informirati o pomembnosti gibanja za njihovo zdravje.

Že stari Grki so dejali: »Če na telesno dejavnost tudi med staranjem ne boste pozabili, boste kljub visoki starosti umrli mladi!«

## LITERATURA

1. CINDI Slovenije. (2010). Spodbujanje telesne dejavnosti.
2. Dornik, P. (2002). Varno gibanje v starosti. Festival za tretje življenjsko obdobje. Ljubljana: Zveza društev upokojencev Slovenije in Infos d.o.o., str. 110–113.
3. Edwards P., Tsouros A. (2014). Spodbujanje telesne dejavnosti in aktivnega življenja v mestnih okoljih.
4. Fras, Z. (2002). Krepimo zdravje z gibanjem in zdravo prehrano – tudi v tretjem življenjskem obdobju. Festival za tretje življenjsko obdobje. Ljubljana, 30. september in 1. oktober 2002. Ljubljana: Zveza društev upokojencev Slovenije in Infos d.o.o., str. 84–89.
5. Fucks, T (1999). Telesna aktivnost v zrelih letih. Zbornik. V. simpozij fizioterapevtov Slovenije. Ljubljana: Zbornica fizioterapevtov Slovenije, str. 39–44.
6. Maučec Zakotnik, J. (2006). Z gibanjem do zdravja. CINDI Slovenija. Ljubljana.
7. Pendl Žalek, M. (2004). Aktivno življenje – zdravo življenje. Založba Rotis. Maribor.
8. Pridobljeno 20. 10. 2015 ob 21.30 uri, s [http://cindi-slovenija.net/images/stories/cindi/publikacije/who\\_teldejavnost.pdf.pdf](http://cindi-slovenija.net/images/stories/cindi/publikacije/who_teldejavnost.pdf.pdf).
9. Pridobljeno, s [http://cindi-slovenija.net/images/stories/cindi/publikacije/who\\_spodbujanje\\_tellesne\\_dejavnosti.pdf.pdf](http://cindi-slovenija.net/images/stories/cindi/publikacije/who_spodbujanje_tellesne_dejavnosti.pdf.pdf).

## Vozniška zmožnost v starejših letih

UDK 656.1-051-053.9

**KLJUČNE BESEDE:** starejši vozniki, voziška sposobnost, prometna varnost, kakovost življenja

**POVZETEK** - Starejši ljudje so trenutno najhitreje rastoči del populacije, prav tako pa statistike potrjujejo, da so starejši ljudje tudi najhitreje rastoči del voziške populacije z nadpovprečnim tveganjem za vpletenost v cestno-prometno nezgodo s tragičnim izidom. Pri nas sta za aktualnost problematike starejših voznikov vsaj še dva dodatna razloga: njihova ogroženost je najbrž še večja kot v večini razvitih držav, saj se na osnovi mednarodnih evropskih študij o prometni varnosti uvrščamo med najslabše oziroma najbolj nevarne države, prav tako pa je zakonodaja s svojo navidezno »prizanesljivostjo« do starejših voznikov strokovno neargumentirana in s tega vidika nerazumljiva (v luči slabe prometne varnosti pa še toliko bolj). Dolga, neomejena pravica do vožnje nalaga starejšim voznikom bistveno večjo odgovornost in dolžno samokritičnost pri ocenjevanju lastnih voziških sposobnosti. Slednje pa je ravno v nasprotju z ugotovitvami stroke, da se pri starejših osebah poleg sprememb osebnostne strukture pogosto izrazito zniža samokritičnost. Zavedamo se, da je za starejše ljudi vožnja pomembno sredstvo za vzdrževanje svobode in neodvisnosti. Brez lastnega prevoza je kakovost njihovega življenja prav gotovo manjša. Voziško dovoljenje je tako v vsakem pogledu visoko cenjen dokument, pogosto povezan z večjim samospoštovanjem. Zato se zavzemamo, da bi zaščitili pravico posameznika, da vozi motorno vozilo, vendar le, če ima zato potrebne sposobnosti. Zato moramo še posebno pozornost posvetiti zdravstveni selekciji voznikov starostnikov.

UDC 656.1-051-053.9

**KEY WORDS:** elderly drivers, driving capability, traffic safety, quality of life

**ABSTRACT** - Senior citizens currently represent the fastest-growing population segment, while statistics confirm that they are also the fastest-growing segment of drivers and subject to above-average risk of involvement in a traffic accident with a tragic outcome. In Slovenia, the issue of elderly drivers is all the more pressing due to at least two further reasons: such drivers might be at an even greater risk than in other developed countries, as according to the international European studies of traffic safety place, Slovenia is among the countries with the worst and most dangerous traffic situation, and secondly, legislation, or rather its apparent "leniency" towards elderly drivers is scientifically unsound and, in this regard, incomprehensible (even more so considering the poor traffic safety situation). Long-term unrestricted right to driving charges the elderly drivers with a significantly greater responsibility and asks them to be self-critical when evaluating their own driving ability. However, the latter runs against the expertise research, which finds the elderly, alongside other changes to the structure of their personality, becoming significantly less self-critical. We realise that driving represents an important means of retaining freedom and independence to the elderly. In the absence of own means of transportation, the quality of their lives surely declines. The driver's license is thus surely an important document, often tied to an individual's self-respect. We thus seek to protect their right to operate a motor vehicle, provided, however, that the individual is capable of doing so. Particular attention should thus be paid to medical selection of elderly drivers.

### 1 Uvod

Vsako živo bitje ima svojo naravno življenjsko krivuljo. V mladosti je iz leta v leto močnejši, hitrejši in spretnejši, potem svoje sposobnosti nekaj časa vzdržuje na določeni ravni, v drugi polovici življenja pa nastopi proces involucije, ki se zaključi z obdobjem starosti. Oslabitev človekovih telesnih in umskih sposobnosti je neizogibna, ne glede na emocionalno, socialno, intelektualno in duhovno razvitost, ki jo kdo doseže v toku življenja.

Številni dejavniki, med katerimi je predvsem pomembno kvalitativno izboljšanje medicinskih storitev ter osnovnih preventivnih zdravstvenih ukrepov, so prispevali k naraščanju števila starejših ljudi v razvitih družbah. Ob tem se srečujemo tudi z naraščajočim deležem starejših voznikov – voznikov z vsemi boleznimi in težavami, ki jih prinaša starost.

Za starejše ljudi je vožnja pomembno sredstvo za vzdrževanje svobode in neodvisnosti. Pri starejših ljudeh je večja verjetnost, da so invalidni, kar omejuje gibanje in dostop do javnega prevoza, zato so brez lastnih avtomobilov omejeni in se kakovost njihovega življenja slabša. Kljub temu, da ni več tako močan simbol družbenega statusa in ekonomske moči posameznika, kot je bil nekdanj, se okrog njega še kar naprej vrtilo veliko človekove energije, avtomobil in vožnja avtomobila pa ostaja predmet številnih pogovorov, spominov, načrtov. Vozniško dovoljenje je tako v vsakem pogledu visoko cenjen dokument, pogosto povezan z večjim samospoštovanjem (Withaar, 2000).

Vozniška uspešnost je rezultat vozniške spretnosti, ki se razvije na osnovi obsežne vadbe in izkušenj, ter vozniške zmožnosti in ne nazadnje tudi sreče (Ažman, 2001). Vozniško zmožnost pa lahko opišemo kot sposobnost varnega upravljanja avtomobila in vključevanje v promet kljub morebitni (senzorični, kognitivni ali gibalni) oviranosti ali prizadetosti. Starostno upadanje kognitivnih funkcij tako vpliva na vozniško zmožnost, ne pa nujno tudi na vozniško uspešnost.

Lastnosti, sposobnosti in značilnosti, ki jih mora imeti voznik, da je varen zase in druge udeležence v prometu:

- verjetnost nenadnih in nenapovedanih napak kontrole vedenja mora biti zelo majhna;
- perceptivne, kognitivne in motorične sposobnosti potrebne za pridobitev in uporabo pomembnih voznških veščin, morajo biti zadostne (pogoj je torej sorazmerno zdravje človeka);
- voznik mora pridobiti zadovoljivo stopnjo spretnosti in izkušenj z učenjem in vadbo;
- mora imeti zadostno uvidevnost do okolja in socialno odgovornost, za kar je potrebna določena stopnja samoobvladovanja in odgovornosti, skratka, določeno stopnjo značajske zanesljivosti;
- za varno vključevanje v promet pa je potrebna še določena kakovost osebnosti, ki nastane iz različnih individualnih psihofizičnih lastnosti, delno z vajo in izkušnjo in delno z oblikovanjem značaja (Bilban, 1995).

Starostnik občuti kot poniževalno trditev, da je počasen in previden. Težko si priznava, da prej občuti utrujenost, da slabše vidi in sliši, da so njegove reakcije počasnejše, včasih celo negotove. Pogosto se ne zaveda, da vozila ne obvlada več. Le majhen odstotek se jih spriznani s to ugotovitvijo in se samokritično preseli med pešce, ki pa so še vedno lahko polni veselja do življenja.

Starega človeka, bodisi v zdravju ali bolezn, ne moremo ločiti od drugih ljudi samo zato, ker je ostarel. Želimo in gradimo take odnose v družbi, da bodo tudi starejši lahko uživali sadove svojega dela. Ravno zato z različnimi preventivnimi akcijami skušamo tej, tako prometno ogroženi skupini ljudi, omogočiti varno in srečno vklju-

čevanje v vse oblike cestnega prometa, še posebno v vlogi voznikov motornih vozil. Čim večjemu deležu starejših voznikov skušamo omogočiti, da bodo lahko do visoke starosti varno upravljali motorna vozila, v svoje zadovoljstvo in srečo drugih, ki jih njihova prisotnost ne bo ogrožala, pač pa le bogatila. Namen vseh preventivnih akcij ni, kot to zmotno menijo starostniki, izločitev, ampak vključevanje starejših, vendar le tistih, katerih psihofizične zmogljivosti to dovoljujejo.

## 2 Starejši v cestnem prometu

V mladosti je človek iz leta v leto močnejši, hitrejši in spretnejši, v drugi polovici življenja pa se začne obraten proces. Ta razvoj se začne pri marsikom že okrog 40. leta, je pa v znatni meri odvisen tudi od načina življenja.

Starostne spremembe, katerih vpliv na psihofizične sposobnosti opazujemo že v srednjem življenjskem obdobju, pomembneje krnijo vozniške sposobnosti šele okrog 65. leta starosti. Vse funkcije kvalitativno in kvantitativno upadajo, zaloge moči pa počasi izginjajo.

Obsežne analize kažejo, da se nihče pod 60. letom še ne počuti starega, med 70-letniki se jih še vedno polovica uvršča v srednja leta, po tem letu pa se občutek starosti hitro večja in v 80 letih se že vsi počutijo stare.

Starejši ljudje so trenutno najhitreje rastoči del populacije, prav tako pa statistike potrjujejo, da so starejši ljudje tudi najhitreje rastoči del vozniške populacije z nadpovprečnim tveganjem za vpletenost v cestno-prometno nezgodo s tragičnim izidom. Pri nas sta za aktualnost problematike starejših voznikov vsaj še dva dodatna razloga: njihova ogroženost je najbrž še večja kot v večini razvitih držav, saj se na osnovi mednarodnih evropskih študij o prometni varnosti uvrščamo med najslabše oziroma najbolj nevarne države, prav tako pa je nova zakonodaja s svojo navidezno »prizanesljivostjo« do starejših voznikov strokovno neargumentirana in s tega vidika nerazumljiva (v luči slabe prometne varnosti pa še toliko bolj) (Bilban, 1995). Obče znana je velika ogroženost starejših pešcev in kolesarjev v cestnem prometu, manj pa je popularizirano, da z ogroženostjo starejših voznikov ni nič kaj drugače.

Demografsko starost prebivalstva ocenjujemo z deležem starejših od 65 let v celotnem prebivalstvu. Kjer je več kot 10 odstotkov prebivalcev starih nad 65 let, govorimo o zelo starem prebivalstvu. Med taka področja sodi tudi Slovenija.

Ob površnem pregledu statističnih podatkov o prometnih nezgodah bi bilo videti, da imajo starejši vozniki pravzaprav malo cestnoprometnih nezgod (CPN), če pa jih preračunamo na njihovo realno udeležbo v prometu, se situacija povsem spremeni. V obsežnih študijah širom po svetu so ugotovili, da starejši prevozi le 50 odstotkov ali celo manj kilometrov kot mlajši kolegi, poleg tega se izogibajo slabšim voznim razmeram, najnevarnejšim obdobjem dneva ter najbolj obremenjenim in nevarnim prometnicam. Ob upoštevanju vsega tega so izračunali, da imajo vozniki med 55. in 65. letom več cestnoprometnih nezgod kot najbolj izpostavljeni vozniki srednje starosti,

vozniki nad 65. letom pa več kot katerakoli starostna skupina (Čanić, 1984). Ogroženi so torej celo še nekoliko bolj kot včasih »vihravi, nepremišljeni in neizkušeni« mladi vozniki, zlasti po 70., 75. letu. Stopnjo smrtnega izhoda dodatno povečuje večja ranljivost starejših ob trku, pa tudi splošna raven zdravstvenega stanja pred nezgodo, ki vključuje zmanjšano sposobnost okrevanja po težkih poškodbah. Aktualni statistični podatki o gibanju smrtnih žrtev v ZDA od 1995. leta do danes, so glede stanja pri starejših voznikih skrb vzbujajoča. V tem obdobju je med vozniki mlajšimi od 65 let število žrtev padlo za 3 odstotke, med starejšimi od 65 let pa naraslo kar za 15 odstotkov (O'Neill, 1992).

V študiji v Veliki Britaniji je 77 % starejših voznikov svoje avtomobile označilo kot bistveni ali zelo pomemben del svojega življenja. Vožnja je verjetno pravica in privilegij: hkrati 42 % starejših ljudi meni, da je vožnja pravica, 27 % pa, da je privilegij (O'Neill, 1992).

Četudi nihče ne želi omejevati osebne svobode voznikov, še posebno pri starejših ljudeh, pri katerih je vožnja morda bistveni predpogoj za njihovo nadaljnjo neodvisnost, pa imamo dolžnost do bolnika in do družbe, da ga poučimo, kadar njegovo zdravstveno stanje lahko negativno vpliva na vožnjo (Morgan in King, 1995).

1996. leta je bilo prebivalcev, starih 65 let in več, dobrih 12 odstotkov. Če bo trend staranja tak, kot ga napovedujejo prognoze, bo ta delež čez 25 let že blizu 19-odstoten, delež starih 85 in več let pa se bo v tem obdobju celo podvojil. Pričakovana življenjska doba se v zadnjih nekaj desetletjih hitro povečuje in je za moške že okrog 72 in ženske celo preko 78 let, kar daje omenjenim prognozam še večji pomen. Hkrati s pričakovanim trajanjem življenja ob rojstvu se podaljšuje tudi pričakovano trajanje življenja pri starosti 65 let: 65 letna prebivalca slovenije lahko pričakuje, da bo živeča še nekaj nad 21 let in prav toloko star prebivalec, da bo živel še nekaj nad 17 let.

Še bistveno večje bo zvišanje deleža voznikov, starih 65 in več let glede na prebivalce iste starosti. Če je bil ta delež 1996. leta 27-odstoten, bo čez 25 let že 54-odstoten, kar pomeni, da bo že vsak šesti voznik starejši od 65 let, danes pa je to le vsak štirinajsti (Bilban, 1995).

V letu 1995 je bil deleže voznikov starejših od 65 let med vsemi prebivalci te starostne skupine le 15,44 %, v letu 2000 22,04 % in v letu 2004 29,38 %.

Tudi v absolutnem deležu imetnikov voznških dovoljenj ugotavljamo občuten porast imetnikov starejših od 65 let (tabela 1 in 2).

Tabela 1: Število oseb z veljavnim voznškim dovoljenjem B kategorije (MIP RS)

Starostna skupina (let)	2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%
18 - 64	1.132.492	88,43	1.139.429	87,88	1.142.306	87,21	1.135.235	86,33
65 - 80	138.669	10,82	146.315	11,28	155.342	11,86	165.740	12,60
80 in več	9.374	0,73	10.823	0,83	12.056	0,92	13.955	1,06
Skupaj	1.280.535	100	1.296.567	100	1.309.704	100	1.314.930	100

*Tabela 2: Delež imetnikov vozniških dovoljenj B kategorije po starostnih kategorijah v RS v letu 2010 (MIP RS)*

<i>Starostna skupina (let)</i>	<i>Število prebivalcev RS</i>	<i>Število imetnikov voz. dov. B kat.</i>	<i>Delež (%)</i>
65 – 69	100.168	64.660	64,55
70 – 74	85.920	52.263	60,82
75 – 79	72.441	33.722	46,55
80 – 84	48.350	13.908	28,76
85 – 90	21.290	3.286	13,52
90 in več	6.984	441	6,31

Ker še posebej narašča delež starejših žensk na eni strani in na drugi tudi delež voznic (v vseh življenjskih obdobjih), gre tako občuten porast v prvi vrsti pripisati prav njim (Bilban, 1995).

Iz obsežne ankete med več kot 2200 vozniki osebnih avtomobilov smo ugotovili, da vozniki stari nad 65 let prevozijo le dobrih 54 % kilometrov najbolj izpostavljene starostne skupine med 35. in 44. letom starosti (ta delež pa se pri starosti 75 let še prepolovi in predstavlja letno v povprečju le še okrog 3.000 km in sicer po dobro poznanih poteh, v optimalnih vremenskih in dnevnih terminih ter splošno dobrem počutju) (Bilban, 1995).

*Tabela 3: Cestno prometne nezgode voznikov starejših od 65 let (MIP RS)*

<i>Leto</i>	<i>Udeleženci CPN</i>	<i>Povzročitelji CPN</i>	<i>Delež povzročiteljev (%)</i>
2008	2.310	1.456	63,0
2009	2.269	1.472	64,8
2010	2.585	1.705	65,9
2011	3.024	1.933	63,9
2012	2.967	1.927	64,9

Starejši v Republiki Sloveniji po več hitrih statističnih kazalcih povzročijo relativno malo cestno-prometnih nezgod, so pa prizadeti skoraj v tretjini vseh cestno-prometnih nezgod. V nezgodah, ki so jih povzročili starejši vozniki, je preko 13 % vseh mrtvih povzročiteljev nezgode, v nezgodah starejših udeležencev (nepovzročitelji) pa celo preko tretjine vseh mrtvih udeležencev cestno-prometnih nezgod. Med vsemi mrtvimi v nezgodah v cestnem prometu je preko četrtnine starejših od 65 let. Teža nezgod (priказana s številom mrtvih na eno cestno-prometno nezgodo povzročitelja starostnega razreda ali z indeksom, ki združuje vse posledice) s starostjo narašča. Rast je posebno očitna prav po 65. letu starosti (linearna rast preide v eksponentialno) (Bilban, 1995). Med vsem udeleženci CPN starejših od 65 let je delež povzročiteljev v relativnem porastu (Tabela 3).

Glavni vzrok cestno prometnih nezgod starejših od 65 let so premiki z vozilom (30 %), sledijo neupoštevanje pravil o prednosti (28 %), nepravilna stran in smer vožnje (15 %), neustrezna varnostna razdalja (10 %), neprilagojena hitrost (8 %), neprilagojena hitrost (3 %) in ostali vzroki (6 %).



Značilne napake starejših:

- nenadno in sunkovito menjavanje prometnih pasov,
- nenadno in sunkovito zaviranje in pospeševanje,
- neuporaba smernih kazalcev in njihovo neizklapljanje,
- težave pri vožnji naravnost, sekanje ovinkov,
- izgubljanje na poti, težave pri orientaciji,
- spregledovanje znakov,
- drobni trki med parkiranjem.

### 3 Starostne spremembe in voziška zmožnost

Obdobje med 50. in 60. letom je vrtilišče, točka obračanja v procesu staranja, kjer ljudje močnejše kot kdajkoli prej začutijo, da se začenjajo starati. Telo začne počasi slabeti in starejšim ne dovoljuje, da bi počeli stvari, ki so jih včasih in ji jih bi želeli tudi še sedaj. Telo je prvo, ki starejšega opozori na njegova leta, čeprav ljudje emocionalno čutijo, da so še vedno mladi. Ljudje se začnejo srečevati s celo vrsto fizičnih oslabeitev, ki pa ne prizadenejo vseh ljudi na enak način in v istem časovnem obdobju. Zmanjšujejo njegove sposobnosti, da ni več sposoben živeti življenja, ki ga je bil vajen. Telo postaja vse manj prožno in manj prilagodljivo v primerjavi z mladim telesom. Omejitve pa ne izhajajo le iz oslavitve same, temveč tudi iz vzajemnega vpliva socialnega in psihičnega okolja (Ažman, 2001).

Ena od spremljajočih značilnosti staranja so prav gotovo različne bolezni, ki posamično, pogosto pa celo združeno, omejujejo življenjsko vedrino starostnikov.

Med starostniki je po obsežnih raziskavah zdravih le slaba četrtnina. Med boleznimi prvo mesto zavzemajo bolezni srca in ožilja, sledijo presnovne bolezni, bolezni dihal, različne revmatične in druge bolezni. Bolezni starejših imajo svojski potek zaradi prepletanja molekularnih, starostno involucijskih sprememb na organih in tkivih skupaj z bolezenskimi procesi. Zanje je značilna multimorbidnost, kar pomeni sočasno pojavljanje več bolezni hkrati (osnovna in spremljajoča bolezen ali več neodvisnih bolezni). Značilne so drugačna odzivnost in manjša prilagodljivost telesa, kronične bolezni, do katerih pride zaradi počasnega, zabrisanega poteka bolezni kot izrazu slabotnega organizma v starosti ali nadaljevanju bolezni iz prejšnjih obdobj ter sočasnost medicinskih in socialnih problemov.

Pri ocenjevanju voziške sposobnosti so v oceni nezmožnosti prav tako daleč najvišje bolezni srca in ožilja, sledijo pa bolezni s področja nevropsihiatra in psihologa, šele nato obolenja oči, v zelo majhnem deležu pa presnovne in ostale bolezni (O'Neill, 1992). Pri starejših voznikih obstaja tudi večja verjetnost, da jemljejo zdravila. Pri njih je tudi večja verjetnost, da so občutljivi na stranske učinke zdravil zaradi spremenjene farmakokinetike in farmakodinamike.

Že iz teh ugotovitev vidimo, da samo zadovoljiva korekcija vida, kot menijo nekateri, še zdaleč ne pomeni, da smo za starostnika opravili vse, da se lahko varno vključi v

cestni promet. Pri starejših voznikih je večja verjetnost za kognitivne, motorične in senzori-perceptivne motnje, ki vplivajo na njihovo sposobnost za vožnjo.

Seveda strukturalne in funkcionalne spremembe v času staranja že fiziološko privedejo do slabšanja percepcije svetlobnih in zvočnih signalov. Dobra komunikacija in obnašanje v prostoru ne zavisijo le od senzorne občutljivosti, ampak tudi od višjih psihičnih funkcij (spomin, abstrakcija, sinteza). S starostjo prav gotovo vidne sposobnosti v celoti pešajo: tako je ostrina vida 60-letnika le še 74 % in 80-letnika celo le 47 % ostrine zdravega mladeniča, oži se vidno polje, zmanjša se sposobnost percepcije prostora, sposobnost adaptacije in akomodacije, podaljša se čas percepcije -posebno gibajočih se predmetov in sposobnost razlikovanja barv. Spremembe vida v mraku so starostne in se razvijajo počasi po štiridesetem letu, zato se vozniki hibe pogosto niti ne zavedajo. Ugotovljena je statistično signifikantna pogostnost znižane ostrine vida, vida v mraku in zvišane občutljivosti na zaslepitev pri povzročiteljih nezgod v temi in nezgodah pri prehitovanju izven naselij. Raziskave kažejo, da imata kar dve tretjini vseh starejših od 75 let težave z vidom, med njimi pa je kar nekaj tudi takih, ki jim poslabšan vid izjemno omeji mobilnost.

Ker je človek v svoji orientaciji v prostoru primarno obrnjen k vizualnemu doživljanju in so tudi prometni znaki in opozorila primarno zasnovani na vizualnih signalih, se zdi auditivna percepcija manj pomembna. Prav sluh se od vseh čutil začne starati najprej. Najkasneje, med 60. in 70. letom, pride do upada sluha v frekvenčnem področju nizkih tonov, že po 50. letu starosti pride do upada sluha v frekvenčnem področju 1000 do 2000 Hz, frekvence med 4000 in 8000 Hz pa so prizadete že po 40. letu starosti. Degenerativne spremembe senzoričnih celic v notranjem ušesu povzročijo, da starejši ljudje ne slišijo več visokih tonov. To ima za posledico nerazumevanje nekaterih besed. Hujše degenerativne spremembe se pojavijo šele po letu 70 – zlasti v centralnem živčevju slušnega centra, kar ima za posledico moten slušni spomin za stavke in zloge. Zaradi nerazumevanja besed pride do težav pri komuniciranju, ker informacijo slišijo le deloma ali pa sploh ne. Ocenjujejo, da ima težave s sluhom okrog 17 odstotkov starejših ljudi. Starejši izgubijo sposobnost ločevanja izvora enega zvoka od drugega, ne ločijo hrupa ali pa postanejo nanj zelo občutljivi. Kognitivne motnje, ki se povečujejo s starostjo, imajo lahko za posledico poleg izgube spomina tudi zmanjšan obseg pozornosti, težave pri vizualni percepciji in posledično motnje presoje, ki lahko negativno vplivajo na njihovo sposobnost za vožnjo.

Pri starostnikih so pomembni tudi mišičnoskeletni problemi, še posebej osteoartritis. Rigidnost vratne hrbtenice lahko dodatno zmanjša periferni vid, deformacije sklepov in občutljivost na pritisk pa so predvsem pomembne pri zaviranju in zavijanju. Najpogostejše bolezni gibal odrasle in starostne dobe so artroze sklepov (izginevanje sklepnega hrustanca, osteoskleroza, tvorba koščeni izrastkov na robovih sklepnih teles). Najpogostejše so artroze kolen (po oceni 17 % populacije), nato kolkov, stopal in skočnih sklepov, kar vse lahko vpliva na sposobnost vožnje motornega vozila. Pogoste so tudi degenerativne spremembe medvretenčnih ploščic hrbtenice in bolečine v ramenih ter komolcih. Po tridesetem letu starosti je le malo hrbtenic, ki ne bi kazale znakov staranja. Po 40. letu pričnejo slabeti mišice, ki se skrajšajo in izsušijo, mišično

tkivo nadomesti maščoba. Med 40. in 80. letom starosti se poslabša tudi mišična moč za 30 do 40 %, po nekaterih študijah celo do 60 odstotkov. Mišična masa upade, mišice se začno krčiti in onemogočajo pokončno držo. S starostjo pride tudi do izgube ročne spretnosti, pogosto tudi zaradi revmatoloških ali nevroloških obolenj.

Kardiovaskularne bolezni prispevajo k verjetnosti smrtnega izida cestnoprometnih nezgod na dva načina. Cestnoprometna nezgoda s smrtnim izidom je lahko posledica motenj zavesti (zaradi miokardnega infarkta, aritmije, padca krvnega tlaka, možganske kapi itd.). Prav tako pa lahko vodi do poslabšanja kognitivnih funkcij, kar povzroča, da voznik izvede neprimeren manever. Motnje zavesti so verjetno povezane s cestnoprometnimi nezgodami, v katerih je udeleženo eno samo vozilo, ali čelnimi trčenji, neprimerne manevre zaradi kognitivnega deficita pa so ugotovili pri nezgodah, v katerih je sodelovalo več vozil hkrati – npr. v križiščih.

Bolezni srca in ožilja so s 43 odstotki glavni vzrok smrti in pogosto vzrok bolezni in invalidnosti. Zato lahko sklepamo, da je med vozniki motornih vozil kar nekaj takih, kjer bi lahko bila njihova sposobnost vprašljiva zaradi bolezni srca in ožilja. Nezgod, ki so jih povzročili ljudje bolni na srcu in ožilju je relativno malo, kljub temu pa ugotavljajo, da je tveganje teh bolnikov za nezgodo v cestnem prometu kar 1,62 (diabetikov celo 1,78) (Johansson, Bogdanovic, Kalimo, Lundberg and Viitanen, 1995).

### *3.1 Izguba duševnih sposobnosti v starosti*

Med vožnjo je voznik ves čas izpostavljen velikemu številu dražljajev, ki jih mora predelati in na osnovi tega ustrezno ukrepati. S povečevanjem hitrosti vožnje, gostote prometa in zapletenosti poti vožnje se povečuje količina dražljajev, ki jih voznik prejema. Odzivanje voznika na dražljaje je odvisno od njegovih sposobnosti, znanja in izkušenj. Za varno vožnjo mora voznik izpolnjevati določene psihofizične zahteve. Imeti mora sposobnost, da se koncentrira na vožnjo, predvidevati mora zveze med pojavi, preceniti nastalo situacijo, predvideti zaporedje dogodkov, biti mora emocionalno stabilen (Bilban, 1998).

Vozniška uspešnost je odvisna od vozniške spretnosti, ki jo človek pridobi z izkušnjami in se povečuje s trajanjem vozniškega staža ter od vozniške zmožnosti, ki je odvisna od senzoričnih, motoričnih in kognitivnih sposobnosti voznika.

Pri demenci opisujemo upad spominskih sposobnosti, ki se običajno nanašajo na pomnjenje in priklic novih informacij, čeprav je z napredovanjem bolezni lahko prizadet tudi spomin za davne dogodke. Opazno je osiromašenje mišljenja, zmanjšana je sposobnost orientacije, razumevanja, računskih zmožnosti, učnih sposobnosti, govornega izražanja in presoje. Upad omenjenih višjih živčnih dejavnosti je tako izrazit, da prizadene vsakodnevne dejavnosti. Posledica je tudi pomembno zmanjšanje sposobnosti za obvladovanje čustev, socialnega vedenja ali motivacije. Zavest pri demenci ni motena. Definiramo jo lahko z upadom prej obstoječih intelektualnih in spominskih sposobnosti. Pride torej do motenj višjih živčnih dejavnosti oziroma upada spoznavnih (kognitivnih) sposobnosti. V začetnih stadijih bolezni pozabljenost in pešanje miselnih sposobnosti opazijo le bolniki sami ali njihovi svojci. Kasneje zmanjšano delovno uspešnost opazijo tudi drugi – zlasti na delovnih mestih, ki zahtevajo prožnost,

zbranst, prilagajanje in nasploh večje umske obremenitve. Ponavljajoče se, rutinske vsakdanje dejavnosti lahko uspešno opravljajo dalj časa.

Oslabljena je sposobnost razumevanja in presoje. Z napredovanjem bolezni popuščajo naučene socialne zavore, brezbrizni postanejo do napak in omejitev. V končnem stadiju spominske sposobnosti povsem odpovedo. Postajajo vse bolj neokretni in upočasneni (Kogoj, 1999).

Vse te posledice pomembno vplivajo na kvaliteto življenja posameznika, še toliko bolj pa so pomembne tudi pri udeležencih v cestnem prometu, še posebej v vlogi voznikov. Njihov vpliv še posebej lahko prikazujemo z vplivom na reakcijski čas voznikov (Vojvoda in Bilban, 2004).

Z izgubami duševnih sposobnosti se zmanjšuje občutek lastne vrednosti, zadovoljnosti in zaupanja vase. Porajajo se številna vprašanja o lastnih sposobnostih v prihajajočem obdobju in strah pred morebitno nesamostojnostjo ter odvisnostjo od drugih. Depresija je verjetno najpogostejša duševna motnja v starosti. Splošen znak depresije je izrazita utrujenost ob najmanjšem naporu.

Številni bolezenski procesi lahko povzročijo nepopravljive spremembe v možganih, zaradi katerih se pokažejo motnje spomina, mišljenja, orientacije, razumevanja, presoje. Pozornost, kratkoročni spomin in sposobnost hitrega združevanja informacij iz psihičnega in socialnega okolja dosežejo vrh v tretjem desetletju življenja in začnejo nato slabeti. Znanje in sposobnost razumevanja so v precejšnji meri odvisni od izkušenj. Pešanje intelektualnih zmogljivosti ni normalen del staranja, saj starejši lahko ravnajo smotrno, razumno mislijo in učinkovito obvladujejo svoje okolje. Res pa je, da se s staranjem pogosto pojavlja psihična utrujenost, učinkovitost pri delu upada, mišljenje postane okorno, zmožnosti prilagajanja in opažanja oslabijo, tudi spomin lahko začne popuščati. Če se zgodi, da umske zmogljivosti niso več take, kot so bile nekoč, še ne pomeni, da lahko obupujemo in se predajamo usodi.

Upad intelektualnih funkcij je mnogo manjši pri ljudeh, ki se nenehno in intenzivno ukvarjajo z razumskim delom. Veliko je tudi dokazov, da redna in primerna telesna dejavnost koristi starejšim (prav tako kot mlajšim) – tudi tistim, ki imajo kronične bolezni. Telesna dejavnost ima pozitivne učinke tako na motorične in funkcionalne sposobnosti, kot na človekovo psihološko (mentalno – emocionalno) in socialno plat. Telesna pripravljenost se promovira v povezavi z zdravjem, pri starejših ljudeh tudi v povezavi z neodvisnim življenjem kar se da dolgo – funkcionalna telesna pripravljenost (fiziološka kapaciteta za izvajanje normalnih dnevnih aktivnosti, varno in neodvisno, brez prekomernega napora). Združuje torej tiste sposobnosti, ki omogočajo človeku normalno funkcioniranje v vsakdanjem življenju. Telesna aktivnost seveda ne igra vloge le pri preprečevanju številnih bolezni in upočasnjevanju upadanja fizioloških funkcij (potrebni tudi za varno vožnjo); z njo je te mogoče ohranjati in do določene stopnje celo izboljšati (Ažman, 2001).

V starosti je posebno pomembna upočasnitev psihomotornih funkcij. Reakcijska hitrost se vse do 40. leta ne podaljšuje bistveno, pri 60-letniku je daljša za okrog 30 odstotkov tiste pri mladostniku, nato pa je povečevanje skoraj po pravilu eksponenci-

alno, pa tudi individualne razlike so vse večje. Seveda za vsako aktivnost ta zakasnitev ni pomembna. Starostnik se lahko adaptira na svojo upočasnjenost in se izmika situacijam, ki so pod velikim pritiskom časa. Vendar so signali v vsakodnevem življenju nejasni in nepričakovani, ob tem pa so vključeni tudi mnogo relevantni signali, človek pa mora reagirati tako, da napravi pravi izbor. Reagirati mora ne samo z enim gibom, ampak s kompletno motorično aktivnostjo. Zato imajo starejši več nezgod, še posebno, če usklajujejo svoj tempo s tempom mladih, kot je to tudi v cestnem prometu.

Večji del vzrokov za upočasnitev izhaja iz posledice staranja centralnega živčnega sistema in ne zaradi upada ostrine čutil, s katerimi se signal zazna oz. zmanjšane hitrosti prevajanja impulzov v perifernem živčevju. Zmanjšanje mišično skeletne funkcije ter zmanjšanje mišične moči, fleksibilnosti, koordinacije in reakcijskega časa negativno vplivajo na vožnjo.

Starejši ljudje se v povprečju slabše odrežejo kakor mlajši predvsem pri delih, ki zahtevajo veliko hitrost, dolgotrajno zbranost, pozornost za podrobnosti, hitro prilagajanje, izjemne telesne napore, prekašajo pa jih v poklicih, ki zahtevajo znanje, natančnost in premišljenost. Številne raziskave potrjujejo domnevo, da je pri mladih glavni vzrok nezgod premajhna previdnost, neizkušenos in nekakšna privlačnost za tveganje, pri starejših pa predvsem počasnost, nepazljivost oz. celo brezbriznost, ki nastane zaradi navade. Statistike kažejo, da so nezgode starejših voznikov prej posledica napak kot prepovedanega ravnanja. V nasprotju z mladimi so starejši pasivni ponesrečenci, ki nevarnih okoliščin ne iščejo, ampak se v njih znajdejo. Starejši ljudje na cesti pogosto občutijo duševno preobremenjenost. Na osnovi raziskav imajo posebne težave pri menjavanju voznih pasov, zavijanju in vzratni vožnji. Pogosto kaj spregledajo – rdeče luči, stop znake; delajo napake pri dajanju prednosti in slabo presojajo gibanje (hitrost) drugih; pogosto poročajo, da avtomobila, s katerim so se zaleteli, niso videli. Njihove nesreče se pripetijo zaradi spregleda in ne zaradi akcije. Pri mladih je prevladujoč vzrok prometnih nezgod prekomerna hitrost, pri starejših – po 65. letu pa izrazito naraste izsiljevanje prednosti. Pogosteje kot mlajši so udeleženi v trkih v križiščih ter v množičnih trčenjih (Lundberg, Johansson in Almqvist, 1998).

Starejši ljudje torej predvsem težje opazijo dražljaj in dojamejo njegov pomen. Ko pa se na dražljaj že odzovejo, ni pomembnih razlik med njimi in mladimi ljudmi. Posebno jih moti in ovira, če morajo ob več hkratnih dražljajih reagirati, in to v trenutku, le na najpomembnejšega ali na več pomembnih. Vzroki za to so do neke mere fiziološke narave (staranje), v dobršni meri pa tičijo za tem želje starejših po večji varnosti in strah, da se ne bodo napak odzvali, večja skrbnost in natančnost. Reakcijski čas je pri starejših še posebno občutno daljši kot pri mladih, če so informacije hitre in nejasne, torej, če sta si dva dražljaja po barvi, teži, velikosti ali obliki zelo podobna in zahtevata povsem različne reakcije.

Starejši vozniki so pogosteje kaznovani zaradi prekrškov v zvezi z neupoštevanjem prometnih znakov, prednosti in prekrškov pri zavijanju kot zaradi prehitre vožnje, okvar opreme in hudih kršitev zakona. Zmanjšana dinamična ostrina vida in reakcijski čas ter težave z nalogami, pri katerih je potrebna deljena pozornost, so funkcionalne

motnje, do katerih pride v kasnejšem življenju in ki lahko prispevajo k zmanjšani varnosti na cesti. Starejši ljudje so tudi nagnjeni k temu, da ne prepoznajo motenj sensorike, povezanih s staranjem, ki so zelo pomembne za vožnjo, ter da podcenjujejo nevarnost na cesti in precenjujejo svojo lastno vozniško sposobnost. Četudi lahko normalne starostne spremembe nedvomno zmanjšajo sposobnost za vožnjo, pa so bolezni, povezane s starostjo, vendar bolj pomemben vzrok za CPN pri starejših.

Tako kot lahko starejši človek na različne načine kompenzira pomanjkljivosti v delovanju svojega organizma, lahko kompenzira tudi nekoliko »načete« vozniške sposobnosti in s tem doseže, da kolikor toliko varno upravlja vozilo. Starejši vozniki svoje zmanjšane operativne sposobnosti zaradi slabšega vida ali hitrosti predelave informacij (npr. manj učinkovito kontrolo volana, zakasnele zavorne reakcije, lateralna kontrola vozila) nadomestijo s prilagoditvami na taktični ravni (npr. nadzor hitrosti, izbira varnostne razdalje). Znano je, da starejši vozijo v splošnem bolj previdno (večja previdnost je splošna vedenjska lastnost, pogosto povezana s staranjem). Še lažje je opaziti kompenzacijo pomanjkljivih operativnih sposobnosti na strateški ravni. Izogibajo se npr. vožnji ponoči, tako da ne pride do izraza njihova pomanjkljivost adaptacije vida ponoči. Izogibajo se vožnji v slabem vremenu ali vožnji pod vplivom alkohola, pa tudi vožnji v gostem prometu (v prometnih konicah). Zaradi večje utrudljivosti skrajšujejo tudi trajanje posameznih voženj, manjšajo število voženj, izogibajo se vožnji po cestah, kjer se vozi z veliko hitrostjo (Ažman, 2001).

Seveda so med starostniki vozniki z normalnim procesom staranja, pri katerih povečanje tveganja napreduje komaj opazno, pa tudi vozniki z boleznimi, pri katerih je tveganje izjemno veliko (Lundberg, Johansson in Almkvist, 1995). V praksi žal razlikovanje med tema dvema skupinama ni niti najmanj enostavno oz. mnogokrat navzven daljši čas povsem neopazno, pa vendar lahko bolezni že znatno vplivajo na kognitivne funkcije. V zapleteni prometni situaciji, npr. ko pride starejši voznik v križišče, se skuša vključiti v promet oz. prevzeti iniciativo, so visoke zahteve glede kognitivnih funkcij, saj je v trenutku potrebno zbrati veliko informacij iz okolja, sprejeti ustrezne odločitve, voznik mora koordinirati svoje lastne gibe z avtomobilom, da izvede manever. V taki situaciji niso dovolj naučene spretnosti, ampak je potrebna zadovoljiva sposobnost tako centralnega kot perifernega živčnega sistema.

## **4 Starostnik z demenco v cestnem prometu**

### *4.1 Vpliv staranja na reakcijski čas*

Hitrost odziva človeka na zunanji dražljaj, ki ga sprejme s pomočjo čutil, določamo z meritvijo odzivnega časa in je tesno povezana s hitrostjo procesiranja informacij. Kognitivno procesiranje informacij poteka preko procesov percepcije dražljaja, ki sledijo sprejemu zunanjega dražljaja. V kratkoročnem spominu se informacija identificira, organizira in klasificira. Informacije, s katerimi se v določenem trenutku upravlja, se nahajajo v delovnem spominu in predstavljajo informacije trenutne percepcije ter informacije iz kratkoročnega in dolgoročnega spomina (Spirduso, 1975). Za nadaljno

predelavo se izberejo samo informacije, ki so relevantne za nadaljne stopnje – izbor in programiranje odziva (Polič, 1998). Na kakovost, hitrost in obseg percepcije vplivajo poleg stanja čutil tudi funkcija budnosti, pozornosti, koncentracije ter emocionalnega in motivacijskega stanja, kakor tudi kognitivnih procesov, zlasti spomina in mišljenja (Kocmur, 1998).

Celoten odzivni čas (response time) se deli na komponento reakcijskega časa – RČ (reaction time), ki predstavlja čas od nenadnega pojava nepredvidenega dražljaja do začetka (gibalnega) odziva in je odvisen od hitrosti kognitivnega procesiranja informacij (percepcije dražljaja, izbora, programiranja odziva, vzdraženja skeletnih mišic) ter potreben za pripravo koordiniranega gibanja in gibalnega časa – GČ (movement time), ki predstavlja čas od začetka do konca mišičnega krčenja in odraža hitrost posamičnega giba. V konkretnem primeru odziva voznika v prometu, ko zazna vidni signal (rdečo luč) in prične zavirati, predstavlja RČ tisti čas, ki preteče od zaznave signala do trenutka, ko prične voznik dvigovati nogo s pedala za plin. GČ je čas, ki je potreben za premik noge s pedala za plin na zavoro in za stisk zavore. Celoten odzivni čas je vsota RČ in GČ.

RČ lahko s pomočjo elektromiografije (EMG) razstavimo na komponento predmotoričnega RČ, ki predstavlja čas, ki preteče od zaznave dražljaja do pričetka električne aktivnosti v skeletni mišici, kar izmerimo z EMG in zajema čas percepcije dražljaja ter izbora in programiranja odziva in motorični RČ (kontraktilni čas), ki predstavlja čas od začetka električne aktivnosti v skeletni mišici (depolarizacija motoričnih enot) do začetka giba.

Predmotorični RČ s pomočjo elektroencefalografije (EEG) lahko razdelimo nadalje na čas, ko poteka čisto centralno procesiranje informacij, ki ga zaznamo z merjenjem električne aktivnosti v možganih (EEG) in na čas, ko poteka potovanje informacije iz perifernih receptorjev po aferentnem nitju v centralni živčni sistem (CŽS) oziroma iz CŽS po eferentnem nitju ( $\alpha$ -motorični nevron) do motorične ploščice efektornih skeletnih mišic. Motorični RČ in GČ sta periferni komponenti.

RČ in GČ sta kljub tesni akcijski povezanosti neodvisna drug od drugega. Procesi, ki so fiziološka podlaga hitrega reagiranja (kognitivno procesiranje informacij) so v osnovi drugačni od procesov, ki so osnova hitrih premikov znotraj GČ (Spirduso, 1995).

Enostavni RČ predstavlja čas reakcije v okoliščinah, ko človek zazna samo en dražljaj in je nanj možno reagirati samo z enim možnim odzivom. Ta čas zahteva relativno nizko raven kognitivnega procesiranja informacij v CŽS. Izbirni RČ pa je tisti čas reakcije, ko mora človek reagirati na več kot eden dražljaj in mora biti z vsakim dražljajem združen specifičen gib (Levy, Vernick in Howard, 1995).

Hitrost odziva, oziroma celotni odzivni čas, je odvisen od številnih dejavnikov, ki lahko vplivajo na RČ, zato ne moremo govoriti o neki univerzalni vrednosti RČ. RČ je odvisen od pričakovanja oziroma pripravljenosti voznika na dražljaj. Dražljaj lahko nastopi kot pričakovani, nepričakovani ali neobičajni dražljaj. Najhitrejši RČ posameznik doseže v primeru, ko dražljaj napovemo in ga voznik pričakuje. Na hitrost

reakcije vpliva tudi nujnost odziva (ogroženost), ki poveča hitrost, dodatna kognitivna obremenitev (npr. uporaba mobilnega telefona), ki podaljša čas odziva, kompatibilnost dražljaja in odgovora (večja kompatibilnost skrajša čas odziva), psihološka refraktarna perioda, ki se pojavi neposredno po zaključeni reakciji, ko je odziv na nove dražljaje upočasnen, vrsta dražljaja (odziv je hitrejši npr. pri slušnih dražljajih), pogoj vožnje (npr. vidljivost) (Green, 2000).

Z naraščanjem števila dražljajev in odzivov se povečuje kompleksnost naloge, kar vpliva na dolžino RČ. Enostavni RČ je krajši od izbirnega RČ. Povečanje kompleksnosti naloge ne vpliva na vse faze kognitivnega procesiranja informacij enako. Podaljšuje se predvsem faza izbora odziva. Odnos med količino informacij, ki jih mora človek predelati in časom, potrebnim za odločitev je linearen (Schmidt, 1991).

Naraščanje kompleksnosti odziva v RČ podaljšuje predvsem komponento predmotoričnega RČ, kar so dokazali s poskusi, kjer so pri meritvi RČ uporabili EMG. Ob linearnem naraščanju RČ linearno narašča tudi predmotorični RČ. Šele pri zelo dolgem RČ, se nekoliko podaljša tudi motorični RČ (Spirduso, 1975).

Starejši vozniki imajo prizadete vse procese kognitivne predelave informacij (percepcija, izbor odziva, programiranje in reprogramiranje odziva). Težave s prepoznavanjem pomembnih dražljajev povezujejo z zmanjšanjem kapacitete kratkoročnega spomina. Pomembno so prizadete vse vrste pozornosti (usmerjena pozornost, deljena pozornost in vzdrževana pozornost). Na stopnji izbora odziva starejši potrebujejo več časa za izbor pravih dražljajev in pravega odziva (Spirduso, 1975). Izraziteje je prizadeto tudi reprogramiranje odziva, ki se izvaja v primeru, ko se programirani gib ne more izvesti tako kot je načrtovano, na primer, če nastopi kakršenkoli nepričakovan dražljaj in je potrebno rekonstruiranje motoričnega načrta (Ažman, 2001).

Že v mlajših starostnih skupinah obstajajo velike interindividualne razlike v RČ, ki pa s starostjo postajajo vse večje. Študije, ki raziskujejo podaljševanje RČ s starostjo so večinoma presečne študije, pri katerih RČ predstavlja povprečno vrednost ali mediano izmerjenih RČ velikega števila posameznikov znotraj različnih starostnih skupin. Longitudinalne študije, ki so redke, pa proučujejo razlike v RČ, ki se pojavljajo intra-individualno skozi posamezna starostna obdobja (Spirduso, 1975).

RČ se daljša tem bolj, čim večja je zapletenost dražljajev in odločanja in čim bolj narašča kompleksnost gibalnega odziva. V izbirnem RČ je za podaljšanje odgovorna predvsem komponenta izbire odziva, medtem ko se senzomotorična komponenta (percepcija in motorični odziv) ne podaljšuje bistveno (Spirduso, 1975).

Upad motoričnih sposobnosti neposredno vpliva na GČ. S starostjo se podaljšujeja obe komponenti odzivnega časa, tako RČ tudi GČ. Na katero komponento celotnega odzivnega časa ima staranje večji vpliv, je odvisno od zadane naloge. V primeru, ko zelo kompleksen gibalni odziv sledi relativno enostavni reakciji na dražljaj, ki zahteva malo centralne predelave informacij, ima starost večji vpliv na GČ. Obratno pa se v primeru, ko relativno enostaven gib sledi kompleksni reakciji na dražljaj, ki zahteva veliko centralne predelave informacij, vpliv starosti odraža predvsem na komponenti RČ. Učinki kompleksnih dražljajev v kombinaciji s kompleksnimi gibi so kumulativni



in prispevajo k največjim razlikam v odzivnem času med starejšimi in mlajšimi. GČ se s starostjo spreminja relativno manj kot RČ (Spirduso, 1975).

Čeprav imajo starejši v osnovi daljši GČ v primerjavi z mlajšimi, pa se s povečevanjem kompleksnosti dražljaja razlika s starostjo ne povečuje. Nasprotno pa povečevanje kompleksnosti dražljaja disproporcionalno podaljšuje RČ pri starejših ljudeh v primerjavi z mlajšimi (Stern in Oster, 1980)

Izkušnje v izvajanju naloge (odziva na dražljaj v izbirnem RČ) zmanjšujejo razlike, ki se disproporcionalno pojavljajo s starostjo, na nivo osnovne razlike, pogojene s starostjo, v enostavnem RČ. Upoštevati pa je potrebno tudi interindividualne in intra-individualne razlike, ki naraščajo s starostjo (Spirduso, 1975).

Izurjeni vozniki naj bi bili zaradi avtomatiziranih odzivov med vožnjo manj kognitivno obremenjeni. Izurjenost bi lahko tudi delno omilila negativne posledice kognitivnih okvar pri starejših voznikih. Vendar je v zahtevnih prometnih situacijah potreben zavesten nadzor in zahteve glede kognitivnih funkcij so visoke. Starostne spremembe voznika najbolj prizadenejo prav v takšnih trenutkih (Bilban, 1998).

S staranjem je RČ še posebno občutno podaljšan v primerjavi z mladimi, če so informacije hitre in nejasne, torej, če so si različni dražljaji po barvi, teži, velikosti ali obliki zelo podobni in zahtevajo povsem različne reakcije. V vsakodnevem življenju so dražljaji nejasni in nepričakovani, ob tem pa so vkomponirani tudi mnogi relevantni signali, človek pa mora reagirati tako, da napravi pravilen izbor. Reagirati mora ne samo z enim gibom, ampak s kompletno motorično aktivnostjo. V cestnem prometu imajo starejši predvsem težave pri usklajevanju svojega tempa s tempom mladih (Bilban, 1997).

S staranjem se podaljšuje predvsem predmotorična komponenta RČ oziroma faza izbora odziva. GČ se s starostjo pri enostavnih gibih ne podaljšuje bistveno (Warszawsky–Livne in Shinar, 2002). Bistven vpliv staranja na komponento RČ bi pričakovali predvsem pri kompleksnejših nalogah, ki vključujejo obsežne procese centralnega procesiranja informacij. Spirdusova je v analizi rezultatov meritev RČ različnih študij, v katerih so ugotavljali korelacijo med dolžino RČ in starostjo, ugotovila velikost korelacijskega koeficienta za enostavni RČ 0,33, medtem ko je bil korelacijski koeficient za izbirni RČ 0,46. Največjo korelacijo s starostjo ( $r$  0,62) je ugotovila pri kompleksnih nalogah, ki so vključevale obdelavo zapletenih dražljajev v kombinaciji s kompleksnim gibom. Učinek slednjih je kumulativen (Spirduso, 1975).

S staranjem se prav tako večajo razlike v odzivnem času v primerjavi z mladimi, ko odziv na dražljaj vključuje dva odgovora bodisi simultano ali kot izbirni alternativni. Večja kot je inkompatibilnost odgovorov, večje so tudi razlike zaradi starosti (Light in Spirduso, 1996). Povečevanje kompleksnosti naloge podaljšuje RČ v vseh starostnih skupinah, vendar je povečanje pri starejših disproporcionalno (Welford, 1997).

Vpliv staranja na odzivni čas pri voznikih je verjetno večji, kot ga lahko dokažemo v posameznih študijah, deloma tudi zaradi selekcijskega biasa. Vožnja motornega vozila predstavlja specifično veščino, za katero so potrebne določene psihofizične sposobnosti. V študije so običajno vključeni aktualni vozniki, med njimi tudi starejši vozniki,

ki so v dobri psihofizični kondiciji, ki jim zagotavlja vozniško zmožnost. Pri njih potencialni vpliv staranja na odzivni čas ni tako očiten, kot bi bil pri ostalih ljudeh iz njihove starostne skupine, ki so morda vožnjo motornega vozila zaradi omenjenih razlogov že opustili. Drugi razlog pa so kompenzatorni ukrepi starejših voznikov, s katerimi nadomestijo zmanjšano vozniško zmožnost na podlagi preteklih izkušenj (Olson in Sivak, 1986).

Povprečni odzivni čas je rezultat številnih meritev pri posameznikih iz različnih starostnih skupin, znotraj katerih obstajajo zelo velike interindividualne razlike, ki se odražajo na rezultatih meritev. Te so posledica večje ali manjše diskrepance med kronološko in biološko oziroma funkcionalno starostjo pri nekaterih posameznikih. Kljub temu, da obstaja korelacija med kronološko starostjo in dolžino povprečnega odzivnega časa, je kronološka starost slab napovedni dejavnik hitrosti odziva pri posamezniku (Spirduso, 1995).

#### *4.2 Vpliv demence na varnost vožnje v cestnem prometu*

Med različnimi vrstami demenc so opazne razlike. Pomembne skupne točke so motnje spomina in orientacije (krajevne, časovne, situacijske), slaba presoja in pomanjkljiv ali izgubljen uvid v bolezen. Bolnik s takšnimi znaki seveda ni sposoben za vožnjo motornega vozila, pogosto niti za to, da bi bil v cestnem prometu udeležen samostojno kot pešec (Žmitek, 1998).

Podatki kažejo, da je problem dementnih voznikov v cestnem prometu podcenjen in da takšni vozniki pogosto prenehajo voziti šele takrat, ko se jim zgodi nesreča (Adler, Rottunda in Dysken, 1996). Pomembno je, da se zdravnik z dementnim bolnikom in njegovimi svojci pogovori. Bolnik pogosto upošteva nasvet in vožnjo opusti. Ta način ni uspešen, če bolnik ni dovolj samokritičen. Takrat se zadeve lotimo bolj formalizirano in pritegnemo tudi svojece.

Bolezen se začne postopno, zato ni povsem jasno, kdaj naj bi sposobnost za vožnjo ugasnila. Podatki (tudi na osnovi testa praktične vožnje) namreč kažejo, da nekatere osebe z zelo blago in blago demenco lahko varno vozijo (Adler, Rottunda in Dysken, 1996). Blag upad spoznavnih in izvršilnih psihičnih funkcij je namreč mogoče kompenzirati z ustreznimi prilagoditvami (vožnja le na kratke razdalje, po znanih in neprometnih cestah, podnevi in ob suhem vremenu, z nižjo hitrostjo, ob večji pazljivosti, vedno v istem vozilu itd.) (Adler, Rottunda in Dysken, 1996; Windgassen, 1985). Po omenjeni študiji (Adler, Rottunda in Dysken, 1996) lahko pričakujemo, da bodo bolniki z zelo blago oziroma vprašljivo demenco ohranili vozniško sposobnost. Simptomi so (Berg, 1988): ustaljena, a lahna, »benigna« pozabljivost. Orientacija je ohranjena, možne so le blage težave pri določanju časovnih odnosov. Lahko je ovirano reševanje problemov, funkcioniranje v skupnosti, opravljanje domačih opravil in ukvarjanje s konjički.

Le pri nekaterih bolnikih z blago demenco je mogoče pričakovati ohranjeno vozniško sposobnost. Simptomi blage demence so (Windgassen, 1985): zmerna spominska okvara (predvsem sveži dogodki), ki že moti vsakodnevne dejavnosti. Zmerne težave s časovnimi odnosi, možna je občasna krajevna dezorientacija. Zmerne težave v reše-

vanju problemov, socialna presoja je ohranjena. Bolnik ne zmore povsem samostojnega delovanja v skupnosti, čeprav tega ni povsem opustil; v stikih deluje urejeno. Blage, vendar nedvomne težave pri domačih opravilih, bolnik opušta bolj zapletena opravila in konjičke. Pri osebni negi ga je treba spodbujati.

Ker je treba uporabljati vse mogoče načine kompenzacije, je umestno le podaljševanje, ne pa tudi pridobitev voznškega dovoljenja (Krankheit in Kraftverkehr, 1992). Nujno je, da se osebnostno ne spremeni. Ker bolezen napreduje, je treba ponovno preverjati sposobnosti vsaj na pol leta (Adler, Rottunda in Dysken, 1996).

Tveganje v CP je npr. pri voznikih z nevrodegenerativnimi boleznimi (npr. Alzheimerjeva bolezen) kar od 2 do 18 – krat večje, to tveganje pa še povečujejo druge spremljajoče bolezni staranja (možganska kap in kardiovaskularne bolezni, ki prav tako vplivajo na možgansko funkcijo). Med kognitivne in perceptivne motnje pri demenci sodijo izguba spomina, zmanjšan obseg pozornosti, težave pri vidnem zaznavanju, motnje vzorcev pregledovanja vidnega polja, zmanjšana vidnoprstorska diskriminacija in zmanjšan obseg vidnih polj – vsi ti dejavniki lahko negativno vplivajo na sposobnost za vožnjo (Lundberg, Johansson in Almkvist, 1995).

Obstajajo jasni dokazi da demenca zmanjšuje sposobnost za vožnjo. To se kaže kot specifično nevarno obnašanje na cesti: upočasnjena vožnja, več napak na križiščih, manj zavedanja o drugih voznikih, slabša pasovna kontrola, pogostejše in nepričakovano zaviranje (Duchek, Carr, Hunt idr., 2003).

Večina študij ugotavlja večje število nesreč pri voznikih z demenco kot pri kontrolni skupini, potrebno pa se je zavedati, da niso vsi vozniki z blažjimi demencami nevarni vozniki. Te ugotovitve pomenijo, da samo postavljena diagnoza ni dovolj za omejitev vožnje (Duchek, Carr, Hunt idr., 2003).

V prospektivni longitudinalni študiji zgodnje Alzheimerjeve bolezni so testirali 58 zdravih kontrol, 21 voznikov z zelo blago demenco – CDR (Clinical Dementia Rating) 0,5 in 29 z blago demenco – CDR 1. Voznike so večkrat testirali v vožnji, že pri prvem poskusu se je izkazalo, da sposobnost za vožnjo pada kot funkcija stopnje demence. Skoraj polovica oseb z diagnozo blage demence je padla preiskus, 14 % z diagnozo zelo blaga in le 3 % oseb iz kontrolne skupine. Pri ponovitvah testov je bil prisoten upad sposobnosti, ki je bil največji v skupini z blago demenco. Večina oseb z demenco je bila ocenjena nesposobnih za vožnjo najkasneje 2 leti po postavitvi diagnoze. Ti podatki so v skladu z opazovalnimi študijami, ki so pokazale, da vozniki z Alzheimerjevo boleznijo prenehajo z vožnjo najkasneje 3 leta po postavitvi diagnoze (Duchek, Carr, Hunt idr., 2003).

V primerjavi z vozniki v srednjih letih so starejši vozniki 3-krat verjetnejši kandidati za prometno nezgodo na prevoženo miljo in 3-krat verjetneje je, da umrejo zaradi poškodb v prometni nezgodi. Vendar pa starejši vozniki vozijo manj, z nižjimi hitrostmi in ne vozijo ponoči. Alzheimerjeva bolezen in drugi vzroki za demenco še povečajo verjetnost za nezgodo za 3-krat (Foley, Masaki, Ross idr., 2000).

V študiji na 58 kontrolnih oseb, 34 z zelo blago demenco – CDR 0,5 in 29 z blago demenco - CDR 1 so z retrospektivno raziskavo preteklih prometnih nezgod in z oce-

nitvijo trenutnih sposobnosti za vožnjo ugotovili, da ni razlik med osebami z Alzheimerjevo boleznijo in kontrolami (34). Avtorji se sicer zavedajo morebitnih pomanjkljivosti študije, saj so rezultati nekaterih drugih študij različni, vendar kljub temu ugotavljajo, da več kot 80 % voznikov z Alzheimerjevo boleznijo v zadnjih petih letih ni imela zabeležene prometne nezgode (Foley, Masaki, Ross idr., 2000).

V študiji na 643 osebah, starih med 74 in 95 let, ki so jih testirali za incidenco Alzheimerjeve bolezni ali drugih demenc, se je prevalenca vožnje znižala glede na stopnjo kognitivnega funkcioniranja. Med 162 osebami, ki so imele normalne kognitivne sposobnosti, jih je 78 % še vedno vozilo. Med 287 osebami s slabimi kognitivnimi sposobnostmi, vendar brez klinične demence, jih je še vedno vozilo 62 %, 46 % od 96 oseb z zelo blago demenco tipa Alzheimerjeve bolezni in 22 % od 98 z diagnozo blaga demenca. Samo eden od 23 oseb z diagnozo srednje ali težke Alzheimerjeve bolezni CDR > 1 je še vedno vozil. 10 % oseb od 59 oseb z demenco, ki so še vedno vozili, se jih je zanašalo na sovoznika (Foley, Masaki, Ross idr., 2000).

## 5 Preventivne aktivnosti

Za izboljšanje varnosti starostnikov v prometu, bi bilo potrebno uvesti oz. okrepiti naslednje ukrepe:

- izvajanje preventivnih akcij za starejše udeležence z namenom povečati strpnost in razumevanje med prometnimi udeleženci različnih generacij,
- spodbujanje obnavljanja znanja in spretnosti,
- osveščanje in izobraževanje starejših voznikov,
- izvajanje kontrolnih zdravstvenih pregledov,
- vrednotenje sistema opozarjanja starejših voznikov na morebitne zdravstvene težave in zmožnosti za vožnjo motornega vozila,
- spodbujanje zdravstvenega osebja in sorodnikov, da ob ugotovitvah bolezni, ki vplivajo na varno udeležbo v prometu, napotijo bolnika na kontrolni zdravstveni pregled,
- izboljšanje stez za pešce in kolesarje (Potočnik, 2013).

V nacionalnem programu varnosti cestnega prometa (NPVCP) za obdobje 2012-2021 so podane aktivnosti za izboljšanje varnosti starejših v prometu:

- izvajanje programov varne vožnje za voznike motornih vozil,
- izvajanje preventivnih programov in akcij za voznike z več kot 10 letnim vozniškim stažem,
- vključevanje vsebin prometne varnosti v programe univerze za tretje življenjsko obdobje,
- oblikovanje osvežitvenih programov in delavnic za stare voznike,
- spremljanje izvajanja rehabilitacijskih programov in programov dodatnega usposabljanja za varno vožnjo (Voljč, 2010).

V Evropskem letu aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti 2012 je bil v sklopu Javne agencije Republike Slovenije za varnost prometa osnovan Akcijski načrt

starejši vozniki, ki je ciljno fokusiran na skupino starejših voznikov. Namen preventivne akcije, v kateri sodeluje tudi Zveza društev upokoencev Slovenije, je z različnimi aktivnostmi idr. elovanjem z izpitnimi centri po Sloveniji povečati prometno varnost starejših voznikov, ter vzpodbujati samokritičnost presoje svojega psihofizičnega stanja za vožnjo (Potočnik, 2013).

Projekt »Zrela mobilnost« v letu 2010 je pomenil prvi konkretnejši poskus predstavitev hitrih, enostavnih in predvsem v vsakdanji vožnji uporabnih nasvetov za varnejšo in udobnejšo vožnjo v zrelih letih. Projekt je potekal po vseh večjih mestih po Sloveniji (Potočnik, 2013).

Ključna ideja in cilj projekta je bila ponuditi starejšemu vozniku osnovne praktične in uporabne rešitve za udobnejšo in varnejšo vožnjo. Vsebinska področja projekta so tako ločena na tri dele: področje zdravja in vožnje, področje v vožnji koristnega informiranja ter varnega in udobnega tele-komuniciranja ter področje izbire primernega avtomobila, razlage sodobnih naprav v vozilu, ki vožnjo poenostavijo in na prikaze osnovnih tehnik varne vožnje s poudarkom na motoričnih zmožnostih voznic in voznikov v zrelih letih (Potočnik, 2013).

Avto moto zveza Slovenije (AMZS) preko Centra za varno vožnjo Vransko (CVV) skuša osveščati in izobraževati starejše udeležence v prometu. CVV starejšim udeležencem ponuja programe, ki jim pomagajo pri preverjanju psiho-fizičnih reakcij, kakor tudi pri obnavljanju teoretičnega znanja.

Z izkušenimi inštruktorji varne vožnje AMZS udeleženci spoznajo ali osvežijo znanja in veščine iz naslednjih vaj:

- pravilna namestitve voznikovega sedeža,
- pravilna drža rok in delo z volanom,
- vaje zaviranja v nevarnosti in primerjava zavorne poti,
- vaje pravilne izpeljave ovinkov in zaviranja v njih,
- vaje zaviranja in hkratnega izogibanja oviram,
- uporaba sodobnih tehnologij v vozilu (ABS, ESC, ESP...).

## 6 Zaključek

Mobilnost predstavlja izredno pomemben vidik aktivnega in uravnovešenega staranja. Starejšim omogoča vzdrževanje svojih vsakodnevnih praks, preko katerih se vključujejo v družbo. Starejši lahko v prometni ureditvi zasedajo različne vloge, lahko so pešci, vozniki ali pa uporabniki javno prometnih storitev ([http://www.ivz.si/Mp.aspx/?ni=0&pi=7&\\_7\\_FileName=attName.png&\\_7\\_MediaId=6817&\\_7\\_AutoResize=false&pl=0-7.3](http://www.ivz.si/Mp.aspx/?ni=0&pi=7&_7_FileName=attName.png&_7_MediaId=6817&_7_AutoResize=false&pl=0-7.3)). Ker pa se promet odvija vedno hitreje, postaja problem starejših sledenje in prilagajanje dinamiki prometa kot posledica zmanjšanih psihofizičnih in motoričnih sposobnosti. Zaradi njih se zmanjšajo sposobnosti vključevanja v promet, pomembno vplivajo na zaznavanje poteka prometa, s tem pa vplivajo na znižanje stopnje varnosti v prometu. Starejši niso ogroženi zaradi svoje velike prisotnosti v prometu temveč zaradi svoje ranljivosti, izpostavljenosti, staranja ter slabljenja

čutil in sposobnosti. Predvsem pa starejši ne iščejo nevarnih situacij (ne izsiljujejo, ne vozijo hitro in objestno), marveč s svojim defenzivnim načinom obnašanja v prometu povzročijo marsikatero neprijetno situacijo, ki privede do nepravilnega reagiranja ostalih udeležencev ([http://www.ivz.si/Mp.aspx/?ni=0&pi=7&\\_7\\_FileName=attName.png&\\_7\\_MediaId=6817&\\_7\\_AutoResize=false&pl=0-7.3](http://www.ivz.si/Mp.aspx/?ni=0&pi=7&_7_FileName=attName.png&_7_MediaId=6817&_7_AutoResize=false&pl=0-7.3)).

V splošnem spoznanju o oceni voznških sposobnosti starejšega voznika v praksi uporabljamo splošna spoznanja kot so:

- od 64. do 70. leta so načeloma vsi sposobni upravljati vozilo,
- od 70. do 75. leta večina zmore upravljati vozilo,
- nad 75. letom so nekateri še sposobni,
- nad 80. letom pa jih praviloma večina ni več sposobna upravljati vozilo ([http://www.ivz.si/Mp.aspx/?ni=0&pi=7&\\_7\\_FileName=attName.png&\\_7\\_MediaId=6817&\\_7\\_AutoResize=false&pl=0-7.3](http://www.ivz.si/Mp.aspx/?ni=0&pi=7&_7_FileName=attName.png&_7_MediaId=6817&_7_AutoResize=false&pl=0-7.3)).

Mobilnost postaja za starejše iz dneva v dan bolj pomembna, saj je druženje, občutek samostojnosti, neodvisnosti od pomoči drugih, pomemben dejavnik vzdrževanja duševnega in telesnega zdravja. Starostniki se ukvarjajo z različnimi športnimi, kulturnimi in rekreacijskimi aktivnostmi. Vse pogosteje pa se starejši udeležujejo tudi raznovrstnih izobraževalnih dejavnosti (npr. Univerza za tretje življenjsko obdobje), prostovoljnih dejavnosti, obiskujejo sorodnike, prijatelje in znance. Nova generacija starostnikov se preko različnih družbenih praks odmika od stereotipnih predstav upokojencev, ki živijo togih ustaljenih okvirih ([http://www.ivz.si/Mp.aspx/?ni=0&pi=7&\\_7\\_FileName=attName.png&\\_7\\_MediaId=6817&\\_7\\_AutoResize=false&pl=0-7.3](http://www.ivz.si/Mp.aspx/?ni=0&pi=7&_7_FileName=attName.png&_7_MediaId=6817&_7_AutoResize=false&pl=0-7.3)).

Zdravje je dinamičen proces, ki se z leti spreminja. Od pregleda kandidata za voznika motornega vozila pri 18 letih, mine do 70. (80) leta (ko je v naši državi po sedanji zakonodaji potrebno za podaljšanje voznškega dovoljenja opraviti kontrolni zdravstveni pregled) 52 (62) let in v teh letih lahko pride v sposobnostih posameznih organov oz. organskih sistemov do številnih in korenitih sprememb, ki v celoti lahko bistveno vplivajo na zmožnost varne udeležbe v cestnem prometu, še posebej v vlogi voznika. Zakonodaja sicer daje možnost, da izbrani oz. katerikoli drugi zdravnik, ki podvomi v bolnikovo zmožnost varne vožnje, lahko zahteva preverjanje zdravstvene sposobnosti pred dopolnjenim 80. letom, vendar vemo, da se to zgodi le izjemoma. Dolga, neomejena pravica do vožnje nalaga starejšim voznikom bistveno večjo odgovornost in dolžno samokritičnost pri ocenjevanju lastnih voznških sposobnosti. Slednje pa je ravno v nasprotju z ugotovitvami stroke, da se pri starejših osebah poleg sprememb osebne strukture pogosto izrazito zniža samokritičnost. Tudi voznikov, ki bi sami zaradi nezaupanja v svoje sposobnosti prenehali voziti, je bore malo. Obsežne študije na Švedskem pa so potrdile, da bi bilo kar 28 % manj žrtev v CPN, če bi sorodniki in zdravniki v vseh primerih izrazili svojo skrb in če bi vozniki upoštevali njihov nasvet, naj prenehajo voziti (Johansson, Bogdanovic, Kalimo, Lundberg, Viitanen, 1995; Levy, Vernick, Howard, 1995; Morgan, Turnbull, King, 1995). S tem, da se voznška zmožnost ne preverja vse do 80. leta starosti, smo se med razvitimi državami uvrstili med izjeme, ki so se v veliki meri odpovedale sistemskemu nadzoru voznške zmožnosti starejše populacije. Dolga, neomejena pravica do vožnje nalaga starejšim voz-

nikom bistveno večjo odgovornost in dolžno samokritičnost pri ocenjevanju lastnih voznških sposobnosti. Slednje pa je ravno v nasprotju z ugotovitvami stroke, da se pri starejših osebah poleg sprememb osebnostne strukture pogosto izrazito zniža samokritičnost. Voznikov, ki bi sami zaradi nezaupanja v svoje sposobnosti prenehali voziti, pa je bore malo (Bilban, 1995).

Če hočemo doživeti visoko starost in če hočemo živeti v dobrem zdravju, moramo spoznati sposobnosti lastnega prilagajanja in moramo svoje adaptacijske sposobnosti pravilno razvijati. Razvijanje našega prilagajanja bi moralo biti vedno v napredku, v splošno zadovoljstvo in v zagotovitev večjega uveljavljanja lastne osebnosti in povečanja lastne aktivnosti. S povečanjem tega delokroga, radia in amplitude življenja, se nam poveča tudi vsebina življenja, notranja sla po ustvarjalnosti in s tem tudi smisel za intenzivnejše in daljše življenje.

Kako starostnik sprejme telesne in duševne spremembe, je odvisno od njegove osebnosti, pa tudi od okolja, v katerem živi. Posameznik, ki je ozaveščen, da mu z leti upada energija in je bolj počasen v svojih reakcijah, vendar je kljub temu lahko integriran v okolje, se bo lažje prilagodil slabšemu fizičnemu in zdravstvenemu stanju. Starostnik, ki se je sposoben odzvati na notranje in zunanje pritiske tako, da spremeni svoje cilje, se bo tudi »zdravo« odzval na starostne spremembe. Slabše zdravje ali bolezenske težave, kadar že pride do njih, človeku ne smejo ogroziti njegovega zaupanja vase in njegove predstave o lastni vrednosti. Ohranitev volje in pripravljenosti za dejavnosti, ki jih zdravstveno stanje dopušča, sta zelo pomembni, da tudi v starejših obdobjih življenja ne zmanjšuje občutja lastne vrednosti.

Mnogi trdijo, da je vožnja motornega vozila življenjska nuja in slog današnjega hitrega življenja, zato marsikateri voznik, ko se sooči z odločitvijo, da ni več zmožen varne vožnje v cestnem prometu, potoži, da je ob vse, rekoč »sedaj ste mi vzeli še zadnje, kar sem imel, vzeli moje noge in bom priklenjen na dom čakal tisti dan«, čeprav je gotovo smisel življenja in bogato starost mogoče doživeti tudi brez »konjskih sil« (Bilban, 1997).

Zavedamo se, da je za starejše ljudi vožnja pomembno sredstvo za vzdrževanje svobode in neodvisnosti. Brez lastnega prevoza je kakovost njihovega življenja prav gotovo manjša. Čeprav človek lahko hodi po opravkih kot pešec in uporabnik javnih prevoznih sredstev, mu mobilnost prav v starosti, ko mnogi ne morejo prepešati daljših razdalj, precej olajšuje avtomobil, torej zmožnost vožnje osebnega avtomobila. V mnogih okoljih, še posebej podeželskih in primestnih, pa avtomobil ni zgolj pomoč, ampak kar potreben pogoj osebne mobilnosti. Zmožnost »šofiranja« kot sredstvo zadovoljevanja osebnih potreb in vključevanja v družbo oziroma osnova za vzdrževanje svobode in neodvisnosti, zavzema središčno mesto samostojnega življenja mnogih starejših ljudi. Vozniško dovoljenje je tako v vsakem pogledu visoko cenjen dokument, pogosto povezan z večjim samospoštovanjem. Zato se zavzemamo, da bi zaščitili pravico posameznika, da vozi motorno vozilo, vendar le, če ima zato potrebne sposobnosti.

Ocenjevanje voznške sposobnosti bolnikov z duševnimi motnjami je zahtevno opravilo. Poleg ocenjevanja klinične slike je treba upoštevati še bolezenski potek, premor-

bidno osebnost, bolezensko osebnostno spremenjenost, sodelovanje bolnika pri zdravljenju, uvid v bolezen, nagnjenost k uživanju alkohola in/ali drog, stranske učinke zdravil in vozniško anamnezo. V zapletenejših primerih nam lahko pomaga nevropsihološko testiranje, smiselna pa je tudi uporaba testa praktične vožnje. Pogosto je potrebno, da sodeluje medicinec dela, splošni zdravnik, psiholog in psihiater.

Pri vsakdanjem terapevtskem delu pogosto pozabljamo na vozniško sposobnost bolnikov, tako v zvezi z boleznijo kot s stranskimi učinki zdravil. To velja verjetno tako za splošne zdravnike kot za psihiatre. Po podatkih (Lokar, 1996; Lokar, 1997) le polovica psihiatrov redno opozarja bolnike na stranske učinke, ko jim predpiše antidepressive, in tri četrtine, ko to stori z nevroleptiki. S tem zanemarjamo pojasnilo dolžnost in postavljamo v neugoden položaj svoje bolnike in sebe.

Vozniško sposobnost je treba ocenjevati individualno. Strokovna spoznanja in napotki nam lahko, če dobro poznamo bolnika, zagotovijo določeno verjetnost, da smo se pravilno odločili. Tak način dela je naporen. Vendar edini omogoča, da se izognemo na eni strani nepotrebnemu kratenju bolnikovih pravic in nižanju njegovega samospoštovanja, na drugi strani pa možnosti, da bi bolnik z nevarno vožnjo ogrožal sebe in druge.

Za ustrezno odločitev o obravnavanju pacienta, ki ga ocenimo nesposobnega za vožnjo, je potrebno poznavanje ustreznih predpisov s tega področja. Na modelu ZDA vidimo, da v večini zveznih držav nimajo zakonov, ki bi obvezoval zdravnika, da prijavi pacientovo bolezen (Alzheimerjevo bolezen, epilepsijo ali sladkorno bolezen) ustreznim oblastem, vendar pa etični zakonik Ameriškega zdravniškega društva priporoča, da zdravniki ta stanja prijavijo, vendar z minimalno količino informacij in z ustreznimi varnostnimi ukrepi pri posredovanju informacij. Na drugi strani pa opozarjajo, da je lahko pacientu med preiskavo odkrit vir informacij in da zdravnik, ki je pacienta prijavil oblastem, ni zaščiten pred civilno tožbo (Sherman, 2003).

Študija, ki so jo izvedli na vzorcu 467 ameriških geriatrov je pokazala, da jih 75 % misli, da so dolžni prijaviti pacienta oblastem, več kot 86 % bi jih to storilo pri pacientovem nasprotovanju, vendar pa kar 30% geriatrov ni poznalo ustreznih postopkov prijave (Cable, Resner, Gerges and Thirumavalavan, 2000).

Pacientom lahko pomagamo in jim olajšamo vožnjo. Svetujemo jim naj se izogibajo napornim situacijam v prometu – nočnim vožnjam, avtocestam, konicam, slabemu vremenu. Opozoriti jih je potrebno naj bodo še posebno pozorni pri obračanju, menjavanju pasov, prehitevanju in zavijanju v levo v križišču. Pomembno je tudi natančno planiranje poti, vožnja po cestah, ki jih poznamo, da vozimo spočiti, upoštevamo varnostno razdaljo in odstranimo vse moteče dejavnike iz avta.

## LITERATURA

1. Adler, G., Rottunda, S. J. and Dysken, M. W. (1996). The driver with dementia. *AM J Geriatr Psychiatry*, 4, 110–120.
2. Ažman, D. (2001). Razlike v telesni pripravljenosti in kognitivni učinkovitosti med starejšimi vozniki z vidika povzročanja prometnih nesreč (Doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za šport Univerze v Ljubljani.



3. Berg, L. (1988). Clinical dementia rating (CDR). *Psychopharmacol Bull*, 24, 637–639.
4. Bilban, M. (1995). Varnost starostnika v cestnem prometu. V *Varnost v cestnem prometu*. Rogaška Slatina: SZD – Sekcija za medicino dela.
5. Bilban, M. (1997). Road Traffic Accidents Caused by Elderly Drivers. *Coll. Antropol*, 21 (2), 573–583.
6. Bilban, M. (1997). Starejši človek v prometu. V *Zdravstveno varstvo* (str. 378–385). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije.
7. Bilban, M. (1998). Zdravstveni pregledi kandidatov za voznike in voznikov motornih vozil v Sloveniji. V M. Bilban (ur.), *Strokovni posvet o medicini prometa, ZZD – SZD* (str. 73–88). Rogaška Slatina: Sekcija za medicino dela, Rogaška.
8. Cable, G., Resner, M., Gerges, S. and Thirumavalavan V. (2000). Knowledge, Attitudes, and Practices of Geriatricians regarding Patients with Dementia who are potentially Dangerous Automobile drivers. A National Survey. *J Am Geriat Soc*, 48 (1), 14–17.
9. Carr, D. B., Duchek, J., Morris, J. C. (2000). Characteristics of Motor Vehicle Crashes of Drivers with Dementia of the Alzheimers Type. *J Am Geriat Soc*, 48 (1), 18–22.
10. Čanić, Z. (1984). Driving fitness of persons over sixty and the need for changes in legal provisions, *Proceedings I, II. International Congress of Traffic Medicine in Yugoslavia, Dubrovnik*, 115–118
11. Duchek, J. M., Carr, D. B., Hunt, L. idr. (2003). Longitudinal Driving Performance in Early – Stage Dementia of the Alzheimer Type. *J Am Geriat Soc*, 51 (10), 1342–1347.
12. Foley, D. J., Masaki, K. H., Ross, G. W. idr. (2000). Driving Cessation in Older Men with Indicent Dementia. *J Am Geriat Soc*, 48 (8), 928–930.
13. Green, M. (2000). How Long Does It Take To Stop? Methodological Analysis of Driver Perception – Brake Times. *Transportation Human Factors*, 2000 (2), 195–216
14. Johansson, K., Bogdanovic, N., Kalimo, H., Lundberg, C. and Viitanen, M. (1995). Neurodegenerative alterations of brain tissue and other conditions indicating possible cognitive impairment among elderly drivers, dead in connection with car crashes, Strategic Highway Research Programm and Traffic Safety, *Proceedings. Linköping: International Conference on Swedish Road and Transport Research Institute.*
15. Kocmur, M. (1998). Nevrotske motnje in vozniška sposobnost. V M. Bilban (ur.), *Strokovni posvet o medicini prometa, ZZD – SZD* (str. 99–106). Rogaška Slatina: Sekcija za medicino dela, Rogaška Slatina.
16. Kogoj, A. (1999). Organske duševne motnje; Demenca. V M. Tomori in S. Zihelr (ur.), *Psihijatrija* (str. 102–118). Ljubljana: Medicinska fakulteta UL.
17. *Krankheit und Kraftverkehr* (1992). Gutachten des Gemeinsamen Beirats für Verkehrs-medizin. Bonn: Bundesminister für Verkehr, 18–21.
18. Levy, T. D., Vernick, J. S. and Howard, K. A. (1995). Relationship Between Driver's Licenc Renewal Policies and Fatal Crashes Involving Drivers 70 Years or Older. *JAMA*, 274, 1026–1030.
19. Light, K. E. and Spirduso, W. W. (1996). Age factors influencing response-response compatibility in reaction time tasks. *Journal of Aging and Physical Activity*, 4, 179–193.
20. Lokar, J. (1996). Uporaba antipsihotikov v praksi. V J. Romih in A. Žmitek (ur.), *Nevroleptično zdravljenje* (str. 74–85). Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje.
21. Lokar, J. (1997). Uporaba antidepresivov v praksi. V J. Romih, in A. Žmitek (ur.), *Zdravljenje z antidepresivi* (str. 97–108). Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje.
22. Lundberg, C., Hakamies Blomquist, L., Almkvist, O. and Johansson, K. (1998). Impairments of some Cognitive functions are common in crash-involved older drivers. *Accid. Anal. Prev.*, 30 (3), 371–377.
23. Lundberg, C., Johansson, K. and Almkvist, O. (1995). Elderly drivers, guilty of traffic violations, suffer from selective cognitive impairment, Strategic Highway Research Programm and Traffic Safety, *Proceedings. Linköping: International Conference on Swedish Road and Transport Research Institute.*
24. Morgan, M., Turnbull, C. J. and King, D. (1995). The prevalence of drivers in acute geriatric wards. *Postgrad Med. Y.*, 71, 590–592.

25. Morgan, R. and King, D. (1995). The older driver – a review. *Postgrad Med. J.*, 71, 525–528.
26. Olson, P. and Sivak, M. (1986). Perception – response time to unexpected roadway hazards. *Human Factors*, 28, 91–96.
27. O'Neill, D. (1992). Physicians, elderly drivers and dementia. *Lancet*, 339, 41–43
28. Pirc Čurič, E. (2002). Ogroženost starostnikov v cestnem prometu v RS (Specialistična naloga). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.
29. Polič, M. (1998). Psihologija in prometna varnost: teorije, spoznanja in praksa. V M. Bilban (ur.), *Strokovni posvet o medicini prometa, ZZD – SZD* (str. 45–56). Rogaška Slatina: Sekcija za medicino dela.
30. Potočnik, R. S. (2013). Starostnik kot udeleženec v cestnem prometu (Seminarska naloga). Ljubljana: UL MF Katedra za javno zdravje, Podiplomski tečaj javno zdravje.
31. Schmidt, R. A. (1991). *Motor learning & performance*. Champaign: Human Kinetics.
32. Sherman, F. T. (2003). Driving Mister Dement. *Geriatrics*, 58 (12), 12.
33. Simon, M. R. Poškodbe v Sloveniji – Zakaj so problem javnega zdravja in kaj lahko storimo? Starejši ljudje. Pridobljeno, 21. 11. 2013, s [http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=0&pi=7&\\_7\\_Filename=attName.png&\\_7\\_MediaId=6817&\\_7\\_AutoResize=false&pl=0-7.3](http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=0&pi=7&_7_Filename=attName.png&_7_MediaId=6817&_7_AutoResize=false&pl=0-7.3).
34. Spirduso, W. W. (1975). Reaction and movement time as a function of age and physical activity level. *Journal of Gerontology*, 30 (4), 435–440
35. Spirduso, W. W. (1995). *Physical Dimensions of Aging*. Champaign-Urbana IL. Human Kinetics.
36. Spirduso, W. W. and MacRae, P. G. (1990). Motor performance and aging. V J. E. Birren in K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 183–200). San Diego, CA: Academic Press.
37. Stern, J. A., Oster, P. J. and Newport, K. (1980). Reaction Time Measures, Hemispheric and Age. V L. W. Poon (Ed.) *Aging in the 1980s: Psychological issues* (pp. 309–326). Washington DC: American Psychological Association.
38. Vojvoda, A. in Bilban, M. (2004). Vpliv starosti na reakcijski čas voznikov. V *Zbornik prispevkov: Globalna varnost VI*. Portorož.
39. Voljč, B. (2010). Voziti ali ne voziti v starosti, in kaj potem, če ne? Zbirka prispevkov prikazanih na simpoziju 22. Septembra 2010 v AMZS – Centru varne vožnje na Vranskem; 2010;153-157. Pridobljeno 21. 11. 2013, s [http://www.avp-rs.si/images/stories/dokumenti/vozniki/StarejsiVoznik\\_Tisk.pdf](http://www.avp-rs.si/images/stories/dokumenti/vozniki/StarejsiVoznik_Tisk.pdf).
40. Warshawsky–Livne, L. and Shinar, D. (2002). Effects of uncertainty, transmission type, driver age and gender on brake reaction and movement time. *Journal of Safety Research*, 33, 117–128.
41. Welford, A. T. (1997). Causes of slowing of Performance With Age. V *Interdisciplinary topics in Gerontology*, 11, 46.
42. Windgassen, K. (1985). Führenrschein auch für psychisc Kranke? *Munch Med Eschr*, 127, 244–247.
43. Withaar, F. K. (2000). *Divided Attention and Driving; the Effects of Aging and Brain Injury* (Doktorska disertacija). Groningen: Rijksuniversitet Groningen.
44. Žmitek, A. (1998). Vpliv funkcionalnih psihoz in nekaterih drugih duševnih motenj na sposobnost vožnje. *ZZD – SZD, Sekcija za medicino dela: Strokovni posvet o medicini prometa* (str. 107–117). Rogaška Slatina.

# Ambulantna obravnava pacienta z diabetično retinopatijo z vidika medicinske sestre

UDK 617.735+616-083

**KLJUČNE BESEDE:** diabetes, diabetična retinopatija, medicinske sestre

**POVZETEK** - Diabetes je bolezen, ki z leti povzroči komplikacije. Večletno trajanje diabetesa povzroči tudi spremembe na očesnem ozadju (mrežnici), kar imenujemo diabetična retinopatija. Osrednji del mrežnice oziroma rumena pega ima pomembno vlogo pri vidni ostrini. Z razvojem diabetične retinopatije pa v tem predelu pride do puščanja drobnega žilja in oteklina oziroma diabetičnega makularnega edema. Pacient sprva nima težav z vidom, z leti pa opazi spremembe, zato je potreben pregled pri oftalmologu. Medicinska sestra izmeri očesni pritisk, opravi avtokerato-refraktometrijo (AR) in odčita dioptrijo na avtomatskem analizatorju stekel – merilcu dioptrije očal. Če pacient nosi očala za daljavo, sledi pregled vidne ostrine brez in s korekcijo. Po naročilu oftalmologa razširi zenice z midriatičnimi kapljicami, nato oftalmolog pregleda očesno ozadje. Kadar gre za spremembe v očesnem ozadju oziroma gre za okvaro žil, ki mrežnico prehranjujejo, pred začetkom zdravljenja po navodilu oftalmologa medicinska sestra opravi: avtoflorescentno (AF) in infra rdečo (IR) sliko makule, optično koherentno tomografijo makule (OCT), fluoresceinsko angiografijo (FA) in po potrebi tudi indocianinsko angiografijo (ICG). Na podlagi omenjenih tehnik slikanja se oftalmolog odloči za nadaljnje zdravljenje z biološkimi zdravili.

UDK 617.735+616-083

**KEY WORDS:** diabetic retinopathy, outpatient treatment, nurse

**ABSTRACT** - Diabetes is a disease, which results in complications over the years. Longer duration of diabetes may also cause changes in the back of the eye (retina), which is called diabetic retinopathy. The central part of the retina or macula plays an important role in visual acuity. With the development of diabetic retinopathy in this area, it could come to a leak of small vessels and oedema or diabetic macular oedema. Initially, patient has no problems with his eyesight, but with age, the patient observes changes, therefore a review of an ophthalmologist is necessary. Nurse measures the eye pressure, performs autokerato-refractometry (AR) and reads the dioptre on the automatic analyser windows - gauge dioptre glasses. If the patient wears glasses for distance, a review of visual acuity with and without correction is followed. On request of the ophthalmologist, the nurse must do the following before the treatment, following the directions of the ophthalmologist: autofluorescence (AF) and infra-red (IR) image of macular; optical coherence tomography of macular (OCT), fluorescein angiography (FA) and, if necessary, indocyanine green angiography (ICG). Based on these imaging techniques, the ophthalmologist decides to continue the treatment with biologic medicine.

## 1 Uvod

Diabetes je bolezen, ki z leti povzroči številne zaplete. Večletno trajanje diabetesa med drugim povzroči spremembe na očesnem ozadju (mrežnici oz. retini), kar imenujemo diabetična retinopatija. Osrednji del mrežnice oziroma rumena pega ima pomembno vlogo pri vidni ostrini. Z razvojem diabetične retinopatije pa v tem predelu pride do puščanja drobnega žilja in oteklina mrežničnih plasti oziroma diabetičnega makularnega edema.

Pacient sprva dolgo nima težav z vidom. Ko pa pacient prične opazati spremembe v smislu poslabšanja vidne ostrine, so navadno okvare na očesnem ozadju že precej napredovale, zato je potrebno skrbno opravljati kontrolne preglede pri oftalmologu še predno pride do resnejših zapletov, ki jih je tudi težje zdraviti.

## 2 Vsebina

Očesni pregled izgleda tako, da medicinska sestra izmeri očesni tlak, opravi avto-kerato-refraktometrijo (AR) in odčita dioptrijo na avtomatskem analizatorju stekel – merilcu dioptrije očal. Če pacient nosi očala za daljavo, sledi pregled vidne ostrine brez in s korekcijo. Po naročilu oftalmologa razširi zenice z midrijatičnimi kapljicami, nato oftalmolog pregleda očesno ozadje. Kadar so prisotne spremembe na očesnem ozadju oziroma ko gre za okvaro drobnih žilic mrežnice, ki jo prehranjujejo (diabetična retinopatija), pred pričetkom zdravljenja po navodilu oftalmologa, opravimo: avtoflorescentno (AF) in infra red (IR) sliko makule, optično koherentno tomografijo makule (OCT) in fluoresceinsko angiografijo (FA). Na podlagi omenjenih tehnik slikanja se oftalmolog odloči za nadaljnje zdravljenje intravitrealno farmakoterapijo, med katero so najpomembnejši zaviralci za žilni endotelij (v nadaljevanju: anti-VEGF) Anti – VEGF so biološka zdravila, ki delujejo tak, da zmanjšujejo delovanje rastnega dejavnika za žilni endotelij (VEGF), katerega koncentracija je v steklovini diabetikov povišana. Povišana koncentracija VEGF ima za posledico povečano prepustnost žilja mrežnice (kar je podlaga za nastanek edema rumene pege), vzdržuje vnetja in nastajanje novih, neučinkovitih žilic mrežnice (neovaskularizacijo).

### 2.1 Zdravljenje Z anti-VEGF zdravili

Z zdravili anti-VEGF zdravimo diabetični makularni edem. Ta zdravila zmanjšajo prepustnost mrežničnega žilja in s tem delujejo na zmanjševanje makularnega edema. Takšni pristopi zdravljenja diabetične retinopatije omogočajo pacientu ohraniti in vzdrževati vid, ki je pomemben za kvaliteto življenja.

Zdravilo se aplicira intravitrealno. Zdravljenje je dolgotrajno, zato se pacienti vračajo.

Pri vsaki obravnavi medicinska sestra v ambulanti pri pacientu opravi:

- merjenje očesnega tlaka,
- izmeri precizno vidno ostrino po tabelah ETDRS,
- aplicira midrijatične kapljice,
- opravi slikanje z OCT in AF,
- po naročilu oftalmologa dodatno opravimo še preiskavi: FA.

Sledi pregled oftalmologa, ki se odloči za aplikacijo zdravila. V primeru, da pacient ne potrebuje zdravljenja, se obravnava zaključí, pacient pa dobi datum naslednjega pregleda.

Če je aplikacija intravitrealne aplikacija zdravila indicirana, pacienta iz ambulante napotimo na oddelek.

Na oddelku medicinska sestra:

- preveri morebitno alergijo na jod,
- pacientu aplicira anestetične kapljice v oko,
- pacienta z vso dokumentacijo pospremi v predprostor operacijske sobe,
- mu namesti ustrezno zaščito za vstop v operacijsko sobo,
- pacienta preda operacijski medicinski sestri.

V operacijski sobi se izvede intravitrealna aplikacija zdravila, kjer sodelujejo: oftalmolog, umita in neumita operacijska medicinska sestra in operacijska strežnica. Priprava prostora, materiala in neposredno pred aplikacijo tudi priprava, sodijo v delokrog operacijske medicinske sestre. Umita operacijska medicinska sestra/oftalmolog, pripravi operacijsko polje in nato oftalmolog aplicira zdravilo.

Po končanem posegu gre pacient na oddelek, kjer se mu po 30 minutah izmeri očesni tlak. V kolikor tlak ni povišan, pacient dobi datum za naslednjo obravnavo in gre lahko domov.

### 3 Zaključek

Večina preiskav/meritev medicinske sestre pri tovrstni obravnavi opravljamo samostojno, zato potrebujemo znanje iz področja oftalmologije, poznati moramo diabetes in zaplete. Ker so aparati računalniško vodeni, moramo imeti znanje in spretnosti s področju informacijske tehnologije in fotografiranja. Medicinske sestre tako soustvarjamo izvide, ki so za oftalmologa ključnega pomena za nadaljnje zdravljenje. Vloga medicinske sestre pa ni samo v izvedbi postopkov/posegov, ki jih opravi za potrebe diagnosticiranja in zdravljenja diabetične retinopatije. V obravnavi pacient poleg preiskav potrebuje še dodaten čas za pogovor, saj jih je strah poslabšanja in napredovanja zapletov, ki jih povzroča diabetes. Medicinske sestre si prizadevamo, da k pacientu pristopamo individualno in ocenimo stopnjo potreb, da jih pri obravnavi zadovoljimo.

### LITERATURA

1. Gračner, B., Pahor, D. in Mičetić – Turk, D. (2003). Oftalmologija. Maribor: Visoka zdravstvena šola.

# Odnos medicinskih sester do paliativne sedacije

UDK 616-036.8-083

**KLJUČNE BESEDE:** trpljenje, pacienti, neozdravljive bolezni, paliativna sedacija

**POVZETEK** - Medicinske sestre izvajajo zdravstveno nego pacienta, ki privoli v zdravljenje s paliativno sedacijo, aplicirajo zdravila, nadzorujejo in ocenjujejo stopnjo sedacije vse do smrti. Namen raziskave je pregled dokazov o odnosu medicinskih sester do paliativne sedacije in izvajanja v praksi. Uporabljena je opisna metoda dela s pregledom literature. Pridobljenih je bilo 72 člankov, od teh s pomočjo kriterijev izbranih 5. Podatki so pridobljeni od 4012 medicinskih sester, starih od 33 do 47 let, z izkušnjami v paliativni oskrbi od 0 do 19 let. Pet raziskav je bilo izvedenih na paliativnih oddelkih v državah s poskusi uzakonjenja evtanazije. Medicinske sestre sprejemajo paliativno sedacijo kot alternativno zdravljenje za lajšanje simptomov, ko je smrt neizogibna, ko se za to odločijo pacienti. V nasprotnem primeru se jim zdi to dejanje neetično, ob tem pa se počutijo čustveno izčrpane. Raziskav o tej temi je malo. Še vedno ni enotne definicije za paliativno sedacijo ob koncu življenja, izvajanja se razlikujejo, medicinske sestre pa razvijajo svoje občutke ob zdravstveni negi umirajočih, kar je za njih čustveno obremenjujoče.

UDC 16-036.8-083

**KEY WORDS:** patients, suffering, incurable disease, palliative sedation

**ABSTRACT** - Nurses perform the nursing care for patients who consent to being treated with palliative sedation, administer medications, monitor and evaluate the degree of sedation until death. The purpose of the study is to review the evidence of nurses' attitude towards palliative sedation and its practical implementation. A descriptive method was used and the literature review. 72 articles were obtained, of which 5 were chosen with the help of the criteria. The data were obtained from 4012 nurses aged from 33 to 47 years, with 0 to 19 years of experience in palliative care. Five studies were carried out at palliative departments in countries attempting to legalise euthanasia. The nurses accept palliative sedation as an alternative treatment to alleviate symptoms when death is inevitable, when the patient decides to do so. Otherwise, they find it to be unethical, and leads to them feeling emotionally drained. Only a few studies exist on this topic. The definition for the palliative sedation at the end of life still does not exist, its implementation differs from institution to institution, and furthermore, nurses develop their own feeling towards the general nursing care of the dying, which is emotionally challenging for them.

## 1 Uvod

Neozdravljiva bolezen vpliva na pacienta na vseh področjih življenja in s tem se slabša njegova kakovost življenja. Ob napredovanju bolezni se začnejo pojavljati neželeni simptomi, ki postajajo čedalje težji. Ti neželeni simptomi lahko napredujejo do stopnje, ko se jih ne more več lajšati z znanimi metodami zdravljenja, zato pacientu povzročajo hudo trpljenje, ki znatno vpliva na njegovo življenje (Červek, 2012). Takrat lahko zdravnik pacientu predstavi možnost zdravljenja s paliativno sedacijo. Paliativna sedacija ni samo možnost lajšanja trpljenja pacientu z neozdravljivo boleznijo ob koncu življenja, ampak se lahko uporabi tudi samo za določen čas, dokler se pacientovo zdravstveno stanje ne izboljša. Zdravljenje s paliativno sedacijo predlaga in predpiše zdravnik z izkušnjami oskrbe pacientov z neozdravljivimi boleznimi, seveda pa mora najprej v to privoliti pacient (Metlikovič, 2011). Enačenje paliativne oskrbe s procesom umiranja je glavna ovira pri vpeljavi bolj kakovostne obravnave pacientov

z napredovalo boleznijo in njihovih bližnjih. Še vedno prepogosto velja prepričanje, da je čas za paliativno oskrbo ob koncu življenja, ko so vse metode zdravljenja pri pacientu z neozdravljivo boleznijo izčrpane in gre samo še za oskrbo v času aktivnega umiranja in smrti. Proces umiranja je manjši del celostne paliativne oskrbe, ki bi se moral za paciente z napredovalo boleznijo začeti zgodaj, ob prvih težavah in negotovostih na poti napredovale bolezni, kar je lahko mesece ali celo leta pred smrtjo, s sočasnimi kurativnimi ukrepi (Lunder, 2011).

V preteklih letih je bila paliativna sedacija predmet številnih medicinskih, etičnih in socialnih debat (Brinkkemper idr., 2011), danes pa je zelena intervencija za lajšanje trpljenja (Morita, Bito, Kurihara idr., 2005). Sprva se je za to uporabljal izraz terminalna sedacija, z razvojem paliativne oskrbe, pa se uporablja izraz paliativna sedacija. Paliativna sedacija je definirana kot nadzorovana uporaba zdravil za povzročitev zmanjšane stopnje zavesti pri pacientu, z namenom nadzorovanja neobvladljivih simptomov in ne povzročitev smrti (Papavasiliou, Brearley, Seymour idr., 2013).

Pri paliativni oskrbi pacientov z neozdravljivo boleznijo se zdravstveni delavci soočajo s številnimi neželenimi simptomi. Čeprav se jih večino lahko nadzoruje s paliativnim pristopom, nekateri postanejo neobvladljivi, ker se pacienti ne odzivajo na zdravljenje. V takih primerih pacient z neozdravljivo boleznijo ob koncu življenja doživlja fizično, psihično, socialno in čustveno stisko oziroma njegovo trpljenje postane nevzdržno. Zdravstveni tim, pacientu v takem trenutku lahko predlaga zdravljenje s paliativno sedacijo. Pacientova zavest se zmanjša ravno toliko, da ne čuti ničesar in temu se prilagodi tudi stopnja sedacije (Knight in Espinosa, 2010).

Znanih je več vrst paliativne sedacije glede na trajanje in stopnjo. Glede na trajanje sta znani: neprekinjena in prehodna sedacija. Pri prvi je zavest pacienta zmanjšana in se tako stanje zavesti ohranja brez prekinitve, pri drugi, pa se pacientu povzroči stanje zmanjšane zavesti z obdobji budnosti. Glede na stopnjo sta znani: globoka in blaga sedacija. Pri globoki sedaciji je stanje zavesti pri pacientu tako zmanjšano, da ne more verbalno ali neverbalno komunicirati. Pri blagi sedaciji, pa pacient še vedno lahko komunicira z zdravstvenim timom in bližnjimi (Morita, Bito, Kurihara idr., 2005). Stopnja sedacije pri pacientu mora biti tako globoka ali blaga, da je omogočeno zadostno lajšanje simptomov, ki povzročajo njegovo trpljenje (Cherny in Radbruch, 2009).

V literaturi je paliativna sedacija opisana v zvezi z lajšanjem simptomov, ki so nevzdržni za pacienta in se ne odzivajo na zdravljenje ter s tem povzročajo: neobvladljivo bolečino, respiratorni distress, slabost in bruhanje, terminalni nemir, delirij in psihološke stiske. Nekateri zdravstveni strokovnjaki se strinjajo, da bi se paliativna sedacija morala uporabljati tudi v nekaterih nujnih primerih, kot so nenadzorovani epileptični napadi, krvavitve in respiratorna depresija (Beel, McClement in Harlos, 2002). Nevzdržni fizični ali psihični simptomi so predpogoj za izvedbo paliativne sedacije. Simptom se šteje za nevzdržnega, ko zdravstveni tim zazna, da nadaljnji invazivni in neinvazivni posegi ne zagotavljajo ustreznega obvladovanja znotraj sprejemljivega časovnega okvira (de Graeff in Dean, 2007). Psihološko trpljenje je pogosto opisano kot čustvena stiska ali anksioznost in se pojavi skupaj s fizičnim trpljenjem pacienta. Ta oblika trpljenja predstavlja zdravstvenim strokovnjakom veliko težavo, saj imajo občutek, da njihovo stro-

kovno znanje ni kos tej obliki trpljenja (Rietjens, Hauser, Heide idr., 2007). Zdravljenje s paliativno sedacijo se je pojavilo kot nasprotje evtanaziji, vendar pa ga prevečkrat z njo povezujejo, zato se tudi redko uporablja, ali je slabo poznano med zdravstvenimi delavci in javnostjo (Donker, Slotman, Spreuwenberg idr., 2013).

Zdravljenje s paliativno sedacijo se izvaja na željo pacienta z napredovalo neozdravljivo boleznijo ali njegovih bližnjih, ko le-ta ni več sposoben samostojnega odločanja, zaradi prisotnosti neobvladljivih simptomov (Lübbe in Stange, 2009). Za izvedbo paliativne sedacije je treba uporabiti sistematičen pristop, v katerega se dejavno vključi pacienta z neozdravljivo boleznijo ob koncu življenja, bližnje in celoten zdravstveni tim (de Graeff in Dean, 2007). Pomemben del, ki ga mora obravnavati zdravstveni tim je, ali pacient res doživlja nevzdržno trpljenje in ali obstaja še kakšno drugo zdravljenje.

Začetek paliativne sedacije pri pacientu z neozdravljivo boleznijo ob koncu življenja mora biti dobro organiziran. Zdravnik mora biti dostopen ves čas. V začetku izvajanja paliativne sedacije pacient dobi prvo dozo midazolama intravenozno, ki povzroči spanec po približno 10-ih minutah. Ta doza zdravila je potrebna, da se povzroči dovolj globok spanec pri pacientu. Potem se zdravljenje s paliativno sedacijo nadaljuje s kontinuirano infuzijo midazolama, ki ga medicinska sestra aplicira v podkožje. Medicinska sestra je še naprej odgovorna za zagotavljanje udobja pacienta in monitorski nadzor možnih simptomov, ki bi lahko vplivali na moteno zdravljenje s paliativno sedacijo (Claessens idr., 2007). Na začetku se pacientovo stanje zavesti ocenjuje na 20 minut, dokler ni dosežena ustrezna sedacija. Poleg tega se ocenjuje še: utrip srca, krvni tlak, koncentracijo kisika v krvi, telesno temperaturo, bolečino in druge simptome, ki bi lahko nakazovali na pacientovo stisko. Ko se doseže ustrezno stopnjo zmanjšane zavesti, se pacienta ocenjuje najmanj trikrat na dan. Globino sedacije se nadzoruje s pacientovim odzivom na stimulacijo, motorično aktivnost in obrazno mimiko. Kadar je cilj paliativne sedacije pri pacientu z neozdravljivo boleznijo ob koncu življenja zagotovitev mirnosti, so edini parametri, ki se opazujejo ti, ki zagotavljajo udobje (Cherny in Radbruch, 2009). Glavni cilji zdravstvene nege v tej fazi umiranja pri pacientu so: zagotavljanje udobja in dostojanstva, ublažitev neobvladljivih simptomov in izboljšanje kakovosti preostalega časa do smrti (Atkinson in Virdee, 2001).

V okviru paliativnega pristopa ob koncu življenja pacienta z neozdravljivo boleznijo se opušča določene zdravstveno negovalne intervencije, ki podaljšujejo življenje: dajanje krvnih pripravkov, zdravljenje z vazopresorji, antibiotiki, hemodializo, umetna ventilacija, oživljanje, umetna prehrana in hidracija ter hranjenje po nazogastrični sondi (Puntillo in Stannard, 2006). Edina zdravila, ki jih pacient potrebuje ob koncu življenja so analgetiki, antikonvulzivi, antiemetiki, antipiretiki, antiholinergična zdravila in sedativi (Berry in Griffie, 2006). Pri pacientu zdravljenim s paliativno sedacijo je prizadeta stopnja zavesti, oslABLJENE so možganske funkcije, vključno z obrambnimi refleksi požiranja, izkašljevanja in mežikanja. Ker je oslABLJEN refleks mežikanja, se oči pacienta ob koncu življenja izsušijo, zato se priporoča uporaba umetnih solz. Potreben je nadzor nad odvajanjem blata in urina. Pri teh pacientih se pogosto uporablja urinski kateter, saj se s tem zmanjša potreba po nenehnem umivanju in preprečuje tudi vnetje kože v tem predelu telesa (Červek, 2012).



Medicinske sestre so vključene v zdravstveno nego pacienta z neozdravljivo boleznijo ob koncu življenja, ki se zdravi s paliativno sedacijo ves čas, saj izvajajo titracijo zdravil in nadzorujejo stopnjo sedacije. Ker ob pacientu preživijo največ časa, imajo edinstven vpogled v zdravljenje s paliativno sedacijo in razumevanje njene smiselnosti. Za kakovostno izvajanje zdravstvene nege pri teh pacientih, morajo imeti veliko znanja in izkušenj s področja umiranja in smrti (Patel, Gorawara Bhat, Levine idr., 2012). Kljub temu, pa jih veliko občuti čustveno izčrpanost (Claessens idr., 2007). Namen prispevka je pregled dokazov o odnosu medicinskih sester do zdravljenja s paliativno sedacijo in izvajanja le-te v klinični praksi. V prispevku je prikazano v katerih državah se najpogosteje izvaja zdravljenje pacientov ob koncu življenja s paliativno sedacijo, in kakšen je njihov odnos do tega.

## 2 Metoda

Za ugotovitev odnosa medicinskih sester do zdravljenja pacientov z neozdravljivo boleznijo ob koncu življenja s paliativno sedacijo, je bila uporabljena opisna metoda dela s pregledom literature. Uporabljen je bil spletni iskalnik DiKul, ki zajema tudi podatkovne baze, kot so: Medline, CINAHL, Cochrane Library in PubMed. Pri iskanju literature so bile uporabljene naslednje ključne besede: nurse's experience and palliative sedation (izzkušnje medicinske sestre in paliativna sedacija). Pri izboru literature so bili upoštevani naslednji kriteriji: raziskovalni članek, dostopnost celotnega besedila, objavljeni članki od leta 2004 do 2014, pet let potem, ko se je v kliničnem okolju začelo zdravljenje s paliativno sedacijo ob koncu življenja. Izbrana literatura je bila v angleškem in slovenskem jeziku. Izključeni so bili prispevki, v katerih so bili obravnavani otroci. Po izvedenem iskanju je bilo pridobljenih 73 prispevkov. Prebrani so bili izvlečki in na osnovi vsebine o odnosih medicinskih sester do zdravljenja s paliativno sedacijo, je bilo za podrobnejši pregled o odnosu medicinskih sester do zdravljenja s paliativno sedacijo, izbranih pet (Morita, Miyashita, Kimura idr., 2004; Beel, Hawranik, McClement idr., 2006; Rietjens, Hauser, Heide idr., 2007; Venke Gran in Miller, 2008; Gielen, Branden, Iersel idr., 2012) raziskav.

## 3 Rezultati

Rezultati pregleda literature so osnovani na šestih znanstvenih raziskavah, ki so bile objavljene med letom 2004 in 2014. Pet raziskav je bilo izvedenih v petih različnih državah: na Nizozemskem (Rietjens, Hauser, Heide idr., 2007), Norveškem (Venke Gran in Miller, 2008), Japonskem (Morita, Miyashita, Kimura idr., 2004), v Kanadi (Beel, Hawranik, McClement idr., 2006) in Belgiji (Gielen, Branden, Iersel idr., 2012). Dve raziskavi sta bili kvalitativni (delno strukturiran intervju) (Beel, Hawranik, McClement idr., 2006; Rietjens, Hauser, Heide idr., 2007), dve kvantitativni (vprašalnik) (Morita, Miyashita, Kimura idr., 2004; Gielen, Branden, Iersel idr., 2012), ena pa je

bila kvalitativna (nestrukturiran intervju) in kvantitativna (vprašalnik) (Venke Gran in Miller, 2008). Pacienti z neozdravljivo boleznijo ob koncu življenja, vključeni v raziskave, so bili zdravljeni s paliativno sedacijo na štirih različnih lokacijah (paliativnih oddelkih, enotah intenzivne terapije, splošnih in negovalnih bolnišnicah). Medicinske sestre so imele od 0 do 19 let dolgo obdobje z izkušnjami, z zdravljenjem s paliativno sedacijo, povprečna starost udeležениh v raziskavah, pa je bila od 33 do 47 let.

Po pregledu izbranih raziskav smo podatke o odnosu medicinskih sester sistematično razvrstili (Tabela 1) in predstavili glavne ugotovitve ter omejitve posamezne raziskave.

## 4 Razprava

Pri pregledu literature smo se osredotočili na pregled dokazov o odnosu medicinskih sester do zdravljenja s paliativno sedacijo. V Sloveniji ta tema še ni raziskana, zato smo pridobili tujo literaturo, predvsem iz držav, kjer so potekale javne razprave o evtanaziji in so med prvimi sprejeli zdravljenje s paliativno sedacijo ob koncu življenja (Gielen, Branden, Iersel idr., 2012). Raziskave so pokazale, da je zdravljenje s paliativno sedacijo učinkovit način zagotavljanja udobja pacientom z napredovalo boleznijo ob koncu življenja. Medicinske sestre menijo, da je z njo mogoče doseči dobro počutje pacienta ob koncu življenja, bližnjih in zdravstvenih delavcev, še posebej tistih, ki neposredno sodelujejo pri njegovi zdravstveni negi (Rietjens, Hauser, Heide idr., 2007).

Med pregledanimi raziskavami, je v kvalitativnih (Beel, Hawranik, McClement idr., 2006; Rietjens, Hauser, Heide idr., 2007) bolj jasno predstavljen odnos medicinskih sester do zdravljenja s paliativno sedacijo, saj so s svojimi besedami opisale doživljanje zdravljenja pacientov s paliativno sedacijo. Vendar pa je bilo v te raziskave vključenih majhno število medicinskih sester, saj se zdravljenje s paliativno sedacijo izvaja predvsem na paliativnih oddelkih in v enotah intenzivne terapije. Zato je tudi manjše število medicinskih sester z izkušnjami glede zdravljenja pacientov ob koncu življenja s paliativno sedacijo. V kvantitativne (Morita, Miyashita, Kimura idr., 2004; Gielen, Branden, Iersel idr., 2012) raziskave pa je bilo vključeno večje število medicinskih sester, ker to zahteva že sam način raziskovanja, vendar se zaradi tega ne more posplošiti, da ima katerikoli od pregledanih znanstvenih člankov večjo veljavo. Pomembna omejitev teh raziskav je, da še vedno ni sprejete enotne definicije za zdravljenje s paliativno sedacijo ob koncu življenja (Abarshi, Papavasiliou, Preston idr., 2014).

Medicinske sestre, ki so sodelovale v raziskavah, so imele različna znanja in izkušnje. V raziskave je bilo vključenih precej medicinskih sester, ki pa so delale večinoma na paliativnih oddelkih in so imele izkušnje z zdravljenjem s paliativno sedacijo. Pri medicinskih sestrah, ki so imele pomanjkljivo znanje o paliativni sedaciji in niso bile izkušene, se je hitreje pojavila čustvena izčrpanost. Zato je treba tem medicinskim sestram ponuditi dodatna izobraževanja glede tega načina zdravljenja (Morita, Miyashita, Kimura idr., 2004).

*Tabela 1:* Prikaz izbranih raziskav o odnosu medicinskih sester do paliativne sedacije ter njihove omejitve

<i>Referenca</i>	<i>Vzorec</i>	<i>Odnos do paliativne sedacije</i>	<i>Omejitve</i>
Morita, Miyashita, Kimura idr. (2004)	št. med. ses.: 3498 pov. starost: 33 let pov. del. izkušnje: 11 let	Veliko jih doživlja čustveno izčrpanost zaradi paliativne sedacije. Nekateri so želele zapustiti del. mesto, druge so se počutile nemočne in bi se tej situaciji izognile, če bi bilo mogoče.	Obstajajo razlike glede izvajanja po institucijah. Vključeni tudi občutki o zdr. negi umirajočih na splošno.
Beel, Hawranik, McClement idr. (2006)	št. med. ses.: 10 pov. starost: 46,9 let pov. del. izkušnje: 1-19 let	Težave pri definiranju paliativne sedacije. Negotovost izvajanja pri pacientih s psihološkimi težavami. Prioriteta je ustvariti pacientu udobje.	Udeleženske v večini ženskega spola. Kraj izvedbe samo ena enota intenzivne terapije.
Rietjens, Hauser, Heide idr. (2007)	št. med. ses.: 16 pov. starost: 38 let pov. del. izkušnje: 0-5 let	Uporablja se za ublažitev neobvladljivih simptomov. Različni pogledi na to ali se s tem skrajšuje življenje. Omogočena boljša kakovost življenja v procesu umiranja.	Majhen vzorec. Zaključki na osnovi občutkov in spominov.
Venke Gran in Miller (2008)	št. med. ses.: 73 pov. starost: 37 let pov. del. izkušnje: 11 let	Etični problem, če pacienti niso vključeni v proces odločanja. Niso prepričane v udobje pacienta in ublažitev simptomov, ker ni zmožen komunicirati.	Ni navedeno.
Gielen, Branden, Iersel idr. (2012)	št. med. ses.: 415 pov. starost: 43,6 let pov. del. izkušnje: 5,9 let	Ne strinjajo se, da je evtanazija boljša. Neprekinjeno se izvede samo pri pacientih, kjer je smrt neizogibna. V proces odločanja za zdravljenje mora biti vključen pacient.	Raziskava izvedena pred izdelanim protokolom o paliativni sedaciji na Nizozemskem.

*Vir:* Ravnikar, K. (2014). Odnos medicinskih sester do paliativne sedacije in njene uporabe v praksi (Diplomska naloga). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, Univerza v Ljubljani.

Medicinske sestre so ključni člen v zdravstveni negi umirajočega pacienta, ki potrebuje paliativno sedacijo ob koncu življenja, kot se je pokazalo tudi v novejši raziskavi, narejeni v treh državah (Anquinet idr., 2015). Medicinske sestre v Belgiji, na Nizozemskem in v Veliki Britaniji so namreč poročale, da začnejo s paliativno sedacijo na domu in spremljajo pacienta do smrti brez prisotnosti zdravnika. V Veliki Britaniji pa imajo medicinske sestre celo proaktivno in vodilno vlogo, saj se dogovorijo z zdravniki, da vnaprej predpišejo zdravila za paliativno sedacijo in odločajo tudi o tem, kdaj bodo zdravila začele dajati pacientom. V vseh treh državah, pa še vedno prevladuje mnenje, da je izvajanje paliativne sedacije čustveno obremenjujoče, zaradi prevelike odgovornosti, ker zdravnik ni prisoten ob pacientu.

Raziskave kažejo, da imajo medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci pozitivne izkušnje glede paliativne sedacije (Abarshi, Papavasiliou, Preston idr., 2014). Medicinske sestre na paliativno sedacijo gledajo kot na intervencijo, s katero se pri pa-

cientu prepreči fizično in psihično trpljenje. S tem se pacientu zagotovi udobje in mirnost v zadnjih dneh življenja. Nekatero medicinske sestre ob izvajanju zdravljenja s paliativno sedacijo občutijo olajšanje, saj vidijo, kako se pri pacientu preneha hudo trpljenje (Claessens idr., 2007). Tudi bližnji postanejo bolj mirni, ko pacient nima več bolečin in ne trpi, saj so ravno bližnji in medicinske sestre prisotni v obdobju pacientovega najhujšega trpljenja. Pozitivno sprejemanje zdravljenja s paliativno sedacijo med bližnjimi, znatno pripomore tudi pri sprejemanju paliativne sedacije med medicinskimi sestrami. Seveda pa se pri nekaterih medicinskih sestrah pojavijo etične dileme glede skrajševanja življenja in zdravljenje s paliativno sedacijo enačijo z evtanazijo. To mišljenje se pojavi predvsem pri medicinskih sestrah s premalo znanja o zdravljenju s paliativno sedacijo in premalo izkušnjami. Določeno število medicinskih sester je zdravljenje s paliativno sedacijo doživljalo kot etično dilemo, ker so s tem pacientu odvzeli zavest in sposobnost mišljenja ter komuniciranja (Venke Gran in Miller, 2008). V takem zdravstvenem stanju pacient ne more izraziti, kakšno je njegovo trpljenje, kljub zdravljenju. Zato je treba poudariti, da vsaka medicinska sestra ne more sodelovati pri zdravljenju s paliativno sedacijo, še posebej, če tudi sama ni zagovornica tega načina zdravljenja.

## 5 Zaključek

Pacienti z neozdravljivo boleznijo ob koncu življenja lahko doživljajo neznosno trpljenje, ki znatno vpliva na njihovo kakovost življenja. Zato morajo zdravstveni delavci uporabiti vse svoje znanje, da to trpljenje lahko lajšajo. Ko hudi simptomi pri pacientu postanejo neobvladljivi, ima pacient ob koncu življenja možnost, da se odloči za zdravljenje s paliativno sedacijo. Ta oblika zdravljenja je med zdravstvenimi delavci pozitivno sprejeta, saj omogoča nadzor nad neobvladljivimi simptomi in trpljenjem, kar pripelje do boljše kakovosti življenja pacienta ali mirne smrti.

Iz pregleda literature o izkušnjah z zdravljenjem s paliativno sedacijo lahko samo sklepamo, da ima te izkušnje majhno število medicinskih sester. Program izvajanja paliativne oskrbe se še ne izvaja povsod, za vse, ki jo potrebujejo in zdravstvena obravnava je preveč usmerjena v tako imenovano agresivno zdravljenje. Vendar pa bo pacientom z napredovalo neozdravljivo boleznijo potrebno dati prednost, da bo pri njih možno lajšati trpljenje in izboljšati kakovost njihovega preostanka življenja do smrti. Medicinskim sestram, ki so vključene v zdravljenje pacientov s paliativno sedacijo, je treba omogočiti dodatna izobraževanja na to temo, saj se s tem pripomore k pozitivnemu doživetju in sprejemanju zdravljenja s paliativno sedacijo ter tudi k manjši čustveni izčrpanosti medicinskih sester. Delo s takimi pacienti ni lahko, ker vsak svojo in tujo bolezen doživlja drugače, zato se je treba o zdravljenju s paliativno sedacijo pogovoriti s pacientom in bližnjimi ter izdelati individualen načrt zdravstvene nege, ki bo pacientom do konca življenja omogočil kakovostno in dostojno življenje.

## LITERATURA

1. Abarshi, E. A., Papavasiliou, E. S., Preston, N., Brown, J. in Payne, S. (2014). The complexity of nurses' attitudes and practice of palliative sedation at the end of life: a systematic literature review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47 (5), 915–925.
2. Anquinet, L., Rietjens, J. A., Mathers, N., Seymour, J., van der Heide, A. in Deliens, L. (2015). Descriptions by general practitioners and nurses of their collaboration in continuous sedation until death at home: in-depth qualitative interviews in three European countries. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49 (1), 98–109.
3. Atkinson, J. in Virdee, A. (2001). Promoting comfort for patients with symptoms other than pain. V S. Kinghorn (ur.) in R. Gamlin (ur.), *Palliative nursing bringing comfort and hope* (str. 43–62). Edinburgh: Bailliere Tindall.
4. Beel, C. A., Hawranik, G. P., McClement, S. in Daeninck, P. (2006). Palliative sedation: nurses perceptions. *International Journal of Palliative Nursing*, 12 (11), 510–518.
5. Beel, A., McClement, S. E. in Harlos, M. (2002). Palliative sedation therapy a review of definitions and usage. *International Journal of Palliative Nursing*, 8 (4), 190–199.
6. Berry, P. in Griffie, J. (2006). Planning for the actual death. V B. R. Ferrell (ur.) in N. Coyle (ur.), *Textbook of palliative nursing*. 2nd ed. (str. 561–577). Oxford: Oxford University Press.
7. Brinkkemper, T., Klinkenberg, M., Deliens, L., Eliel, M., Rietjens, J. A. C., Zuurmond, W. W. A. idr. (2011). Palliative sedation at home in Netherlands: a nationwide survey among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (8), 1719–1728.
8. Cherny, N. I. in Radbruch, L. (2009). European association for palliative care EAPC recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*, 23 (7), 581–593.
9. Claessens, P., Genbrugge, E., Vannuffelen, R., Broeckaert, B., Schotsmans, P. in Menten, J. (2007). Palliative sedation and nursing. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 9 (2), 100–108.
10. Claessens, P., Menten, J., Schotsmans, P. in Broeckaert, B. (2008). Palliative sedation: a review of the research literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36 (3), 310–333.
11. Červek, J. (2012). Paliativna sedacija. V M. Kamenik (ur.), N. Krčevski Škvarč (ur.) in S. Lahajnar (ur.), *Invazivni postopki zdravljenja bolečine: zbornik, Ljubljana 5. in 6. oktober 2012* (str. 179–183). Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine.
12. Donker, G. A., Slotman, F. G., Spreeuwenberg, P. in Francke, A. L. (2013). Palliative sedation in Dutch general practice from 2005 to 2011: a dynamic cohort study of trends and reasons. *British Journal of General Practice*, 63 (615), e669–e675.
13. Gielen, J., Branden, S. V., Iersel, T. V. in Broeckaert, B. (2012). Flemish palliative-care nurses' attitudes to palliative sedation: a quantitative study. *Nursing Ethics*, 19 (5), 692–704.
14. de Graeff, A. in Dean, M. (2007). Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *Journal of Palliative Medicine*, 10 (1), 67–85.
15. Knight, P. in Espinosa, L. A. (2010). Sedation for refractory symptoms and terminal weaning. V B. R. Ferrell (ur.) in N. Coyle (ur.), *Oxford textbook of palliative nursing*. 3rd ed. (str. 525–543). Oxford: Oxford University Press.
16. Lübbe, A. S. in Stange, J. (2009). Palliative sedation – reflections and consideration: case study. *Progress in Palliative Care*, 17 (3), 126–129.
17. Lunder, U. (2011). »Bi se radi pogovorili o možnostih obravnave v prihodnosti« Vodenje pogovora o prehodu v paliativno obravnavo. V U. Lunder (ur.), *Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice: zbornik srečanja, Ljubljana 3. februar 2011* (str. 31–38). Golnik: Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo.
18. Metlikovič, B. (2011). Vloga patronažne medicinske sestre v paliativni obravnavi na domu. V U. Lunder (ur.), *Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice: zbornik srečanja, Ljubljana 3. februar 2011* (str. 15–19). Golnik: Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo.

19. Morita, T., Bito, S., Kurihara, Y. in Uchitomi, Y. (2005). Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the delphi method. *Journal of Palliative Medicine*, 8 (4), 716–729.
20. Morita, T., Miyashita, M., Kimura, R., Adachi, I. in Shima, Y. (2004). Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy. *Palliative Medicine*, 18 (6), 550–557.
21. Papavasiliou, E. S., Brearley, S. G., Seymour, J. E., Brown, J. in Payne, S. A. (2013). From sedation to continuous sedation until death: how has the conceptual basis of sedation in end-of-life care changed over time? *Journal of Pain and Symptom Management*, 46 (5), 691–706.
22. Patel, B., Gorawara Bhat, R., Levine, S. in Shega, J. W. (2012). Nurses' attitudes and experiences surrounding palliative sedation: components for developing policy for nursing professionals. *Journal of Palliative Medicine*, 15 (4), 432–437.
23. Puntillo, K. in Stannard, D. (2006). The intensive care unit. V B. R. Ferrell (ur.) in N. Coyle (ur.), *Textbook of palliative nursing*, 2nd ed. (str. 817–833). Oxford: Oxford University Press.
24. Ravnikar, K. (2014). Odnos medicinskih sester do paliativne sedacije in njene uporabe v praksi (Diplomska naloga). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, Univerza v Ljubljani.
25. Rietjens, J. A. C., Hauser, J., Heide, A. in Emanuel, L. (2007). Having a difficult time leaving: experiences and attitudes of nurses with palliative sedation. *Palliative Medicine*, 21 (7), 643–649.
26. Venke Gran, S. in Miller, J. (2008). Norwegian nurses thoughts and feelings regarding the ethics of palliative sedation. *International Journal of Palliative Nursing*, 14 (10), 532–538.

# Students' Practice in Institutions for Seniors across the European Union

UDC 364-54-053.9+37

**KEY WORDS:** *Elderly care, professional experience, students practice*

*ABSTRACT - The Czech Republic, Slovenia and Germany belong to the countries with an advanced system in terms of diversity and availability of social services for seniors. The common feature of residential facilities for the elderly is an effort to be open to the local community and to offer more than only the content which is typical for institutional care. The paper presents the student's practical training in facilities for seniors in: a) The senior home Koutkova-Kubešova, Trebic (Czech Republic), b) Dom starejših občanov in Črnomelj (Slovenija) and c) Pflegewerk Senioren Centrum, Berlin (Germany). During practice abroad, students of the secondary and higher vocational nursing school in Trebic have acquired very significant experience. They have identified and compared the systems of social care, and seniors services offer provided by social and health services, facilities management, staffing, equipment, construction layout, equipment aids for care of the elderly, the structure of client devices, work schedule (daily), documentation, etc. Students at international internship have practiced and improved their communication in foreign language (English, German), developed their practical skills, established new relationships, learned about the culture of foreign countries and considered the opportunity working abroad after graduation.*

UDK 364-54-053.9+37

**KLJUČNE BESEDE:** *oskrba starejših, delovne izkušnje, študentska praksa*

*POVZETEK - Češka, Slovenija in Nemčija pripadajo državam z naprednim sistemom v smislu raznolikosti in dostopnosti socialnih storitev za starejše. Skupna značilnost stanovanjskih objektov za starejše je prizadevanje, da bi bili odprti za lokalne skupnosti in nudili več kot le vsebine, značilne za domsko varstvo. Prispevek predstavlja praktično usposabljanje študentov v domovih za starejše v: a) Domu za starejše Koutkova-Kubešova, Trebic (Češka), b) Domu starejših občanov v Črnomlju (Slovenija) in c) Pflegewerk Senioren Centrum-u, v Berlinu (Nemčija). Med prakso v tujini so študenti srednje in višje šole zdravstvene nege v Trebicu, pridobili zelo pomembne izkušnje. Opredelili in primerjali so sisteme socialnega varstva in storitev za starejše, ponujenih s strani socialnih in zdravstvenih služb, in sicer skozi naslednje parametre: upravljanje s storitvami, osebje, oprema, gradbene zasnove objektov, pripomočki za nego starejših, strukture naprav, urniki dela (dnevni), dokumentacija, itd. Študenti na mednarodni praksi so vadili in izboljšali sporazumevanje v tujem jeziku (angleščina, nemščina), razvili praktično znanje, vzpostavili nova poznanstva, se naučili o kulturi tujih držav in odkrivali možnost dela v tujini po diplomi.*

## 1 Introduction

In the area of social care services for the elderly, all the countries of Central Europe report that they support the principle of staying in his/ her home as long as possible. The Czech Republic, Slovenia and Germany belong among countries with an advanced system in terms of assortment and availability of social services for seniors.

The systems of social care in Germany, Slovenia and the Czech Republic stand on two pillars: nursing care and senior homes. While the scale of operations provided by the nursing care is quite variable, the senior homes differ only a little in the type of assistance provided under the various countries.

A common feature is the effort to reform the existing care by opening residential facilities to the local community as much as possible while disposing of elements typical of institutional care, i.e. a paternalistic approach to clients, the care provided regardless of the actual individual needs, disregard for privacy, exclusion of family members from the care of a pensioner, etc. The environment of a residential facility enables family caregivers to participate to some extent in the continuation of care for her husband, his wife, a parent, etc. and not only as “a visitor” and essentially “a stranger” in the facility. However, this places specific demands on the spatial arrangement of such facilities and in particular on working methods and staff.

Senior homes represent a solution to the life situation of seniors with high aid dependency whose health condition does not require hospitalization, being a tourist service that provides accommodation, food, social and nursing care, help with hygiene, ensuring interest activities and social counselling, more or less according to the individual user requirements.

## **2 Introducing our school**

The College and High School of veterinary, agriculture and nursing Trebic is a funded organization which was formed in 2004 by merging two previously separate schools. One study program is A Qualified Nurse. It is a promising field suitable for girls and boys. Students are educated in nursing and medical fields, in management and administration, psychology, communication, education, sociology, law and legislation. They are taught English and German. Practical training is carried out in health facilities, workplaces providing health and social and field care. The study is completed with a state exam. The graduate obtains the degree Qualified Specialist (DiS.) and Europass, which enables wide employment in the labour market within the European Union. They are able to operate in all areas of institutional, outpatient and home care - inpatient and outpatient health care facilities, long term health care facilities, social services and home care agencies.

One of the priorities and long-term objectives of the school management is the possibility of passing the practical training abroad. The school cooperates with schools and organizations in France, Germany, England, Turkey, Slovenia and the Slovak Republic. Students acquire a very significant experience by practicing abroad. They identify and compare systems of social care, senior services, health care and facility management. When taking foreign practices, students improve communication in a foreign language, develop their practical skills, establish new relationships, learn about the culture of foreign countries and have the opportunity to consider a job offer abroad after graduation.

The college and high school students undergo practical training in facilities for seniors in the Czech Republic, Germany and Slovenia: The Senior Home Koutkova-Kubešova, Trebic (Czech Republic); Dom starejšihobčanovČrnomelj (Slovenia) and PflegewerkSenioren Centrum, Berlin (Germany).



### 3 Introduction of individual workplaces for professional practice

#### 3.1 *The Senior home Koutkova-Kubešova, Trebic, Czech Republic*

The senior home Trebic, Koutkova - Kubešova was founded in 2006. The facility in the Koutkova street has been operating since 1999. The newly constructed barrier-free building features 69 singles, 14 doubles and 1 triple room. Each room is equipped with modern furniture and includes a bathroom with a shower. Users are allowed to equip a room with their own furniture and other belongings so that they feel at home. A hobby room, a physiotherapy room, a gym and a chapel are available to the users. During the day, users can use the services of a buffet, hairdressing and a pedicure. The home is surrounded by a garden from which users have free access to the surrounding countryside.

The mission of the home is to provide continuous residential social services for the elderly to a dignified and full-fledged age. It also offers and provides adequate support and care to all users according to their wishes and needs, and meaningful experiences in their free time. In addition to medical and nursing care, the home also provides social, educational, athletic, cultural and leisure care. Within particular clubs, users have the opportunity to gather together, to help each other, to chat and to spend their leisure time effectively.

Students take professional practice in this facility for one school year.

#### 3.2 *Dom starejših občanov Črnomelj, Slovenia*

The Senior Home Črnomelj was built on the initiative of citizens of the municipality Črnomelj in 1988. It has 195 beds. It is a public institution that was established to provide social and health services, which are designed for seniors and young people who are unable to work and need help. In addition, the activity of the home involves household help services and many other services designed to meet the needs of seniors and ensure intergenerational harmony. Activities of the home are aimed at clients who are sensitive and vulnerable, often entirely dependent on the home employees. The services are of the highest quality, with the highest degree of sensitivity concerning the needs of clients. The activity is „clients oriented.“

The home performs several main activities: institutional care for the elderly, nursing, and rehabilitation; other primary care and specialized activities; help to individuals and families; and social services. It also cooperates with other organizations, associations and individuals to assist the elderly, and sells products that were created as part of occupational therapy by staff and residents of the home and provided catering services.

Professional practice in this facility began in May 2015.

#### 3.3 *Pflegewerk Senioren Center, Berlin, Germany*

Pflegewerk is a company that operates exclusively in healthcare in many cities in Germany (Munich, Osterhofen, Bonn, Halle, Hanover, Potsdam, Berlin and others). It was founded in the 1980s. It currently has more than 1,700 employees. Pflegewerk

offers home care, stationary care, hospice care, outpatient care and assistance services. The practice of our students takes place in Berlin, in the facilities in the Turmstrasse street- at the Centre for the elderly and The Sheltered housing. Another centre for seniors where the practice of our students operates, is located in WisbyerStrasse. The aforementioned facilities provide their residents with security, safety, comfort and respect. Residents are offered the kind of assistance which leaves them with the maximum sense of independence. Employees are fully responsible for their work. High demands are placed mainly on quality of provided care and work performance. Care for the elderly in the facilities where our students practice is based on the current social senior environment, his/ her life conditions, and the housing conditions of the senior, his / her mental state and his / her biography.

The capacity of each facility where our students practice professionally is up to 60 beds. It is not always 100% occupied. Rooms for the residents are single or double. The building layout and equipment of the facility is very practical, functional and comfortable.

Our school started cooperation with Pfliegewerk in 2013 with the introduction of the company by Ms. Drahomíra Sandner at our school. There followed several days of internship of special teachers in some of Berlin's patient care facilities. Then the first group of our school's students travelled to the practical training. Since then, there have already been 13 practices attended by 48 students with 4,760 hours logged.

## **4 Experience from the practice**

### *4.1 Composition of population at senior homes*

In senior centres where our students receive job training there are both men and women of very advanced ages. Married couples are not unusual in senior homes. Residents' dependency on staff care corresponds to their varying levels of self-sufficiency. Some residents are totally self-sufficient (very few, however), others are more or less dependent on the care of the staff and the last group consists of residents completely dependent on the care of the staff. Each of them has their individual needs and habits. In the performance of the practice it is necessary to take into account the specifics of senior care during early or late age, even in periods of longevity. In no small part of the population there occurs dementia, physical disabilities preventing movement and sensory disabilities.

### *4.2 Responsibilities in practice*

Students in training have to work daily for 8 hours. Mostly they work in the morning shifts. Practice begins with the participation of students in the hand-over of the previous shift. Students also provide primary care during the practice. This concerns in particular hygiene, dressing, feeding and bowel movement. The care in ensuring the safe movement of the residents around the facility is very important (fall prevention). Lots of residents move independently, lots of them use walking frames, some use wheelchairs. Quite a few residents are completely immobile and spend all day in a

bed. Some immobile residents spend time in special recliners, where they can take up a semi-sitting position, and where they can be transported into the day room, where they are exposed to more stimuli than in their private bed. Our students do not take practice in the residents who are given barrier nursing care. Our students can perform some technical procedures (e.g. blood pressure measuring, per os or subcutaneous medication administration, wound care) under the supervision of the examined worker. During the morning (or afternoon) hours, our students are involved in the activation of the home residents and the organization of employing them in their spare time. This activation is primarily based on communication, providing enough incentives that serve to maintain the mental fitness of seniors, to strengthen memory, and to maintain manual skills. As part of the daily regime, students are also involved in mediating a possible relaxation of the population, especially after lunch. Students also take part in documenting records (written description of the care and condition of the assigned clients). At the end of the shift, students actively participate in an information hand-over of allocated clients, this time orally.

#### *4.3 The nursing process in the senior centres clients*

The nursing process is carried out in the following stages: 1) acquisition of residents' historical data. Data based on the biography is very important. It also defines nursing problems (formulated nursing diagnoses), sets out the goals of care, and helps develop a plan of nursing interventions. Then the performance of the nursing plan follows, in which the entire nursing team, according to their competence, takes part. Then, the plan is continuously evaluated. The residents are viewed as unique creatures through a holistic approach using biological, psychological, social and spiritual factors. The scope of care for the elderly is affected by the condition of the individual in many areas requiring attention of the nursing staff, including assessment of their condition, evaluation of certain risks etc. These areas include:

- the state of the vital organs;
- the ability to move, the level of motor skills or physical disabilities, use of compensatory aids;
- the ability to ensure a safe environment;
- the ability of self-care in personal hygiene, individual characteristics, use of cosmetics;
- self-care skills in dressing, traits, the ability to select appropriate clothing, clothing preferences;
- the ability to self-regulate food and fluid intake, nutritional status and hydration, individual traits, favourite foods and liquids, potential problems;
- the ability to self-care in bowel habits, individual traits, disorders, ev. using tools for incontinent individuals;
- the ability to sleep and rest, habits of individuals, possible malfunctions;
- the ability to speak, communication options of the clients, the ability of understanding, the state of sensory perception;
- the ability to maintain oneself and feel like a man or a woman, personality traits, ev. concealed roles;

- the ability to spend free time individually, ev. inclusion in programs employing residents;
- the ability to cope with difficult life events, customization options, attitudes, experiences;
- the ability of social life, position in society, relationships, contacts.

Nursing care is accompanied by careful documentation.

#### *4.4 Personal cast*

The nursing team consists of a head nurse, a ward nurse, a documentation nurse, a social nurse, other nurses, nursing assistants, ergo therapists, physiotherapists, trainees of health and social fields, and volunteers. A volunteer must be a mature person, equipped for communication, flexible, with compassion for the elderly, a sense of humour and plenty of free time. The staff in the kitchen, the workers providing housekeeping, the laundry personnel and the maintenance staff also contribute to smooth operation of senior centres.

## **5 Practice evaluation**

Foreign professional practice is a positive life experience. Students have the opportunity to compare the systems of social and health care for seniors in the Czech Republic, Germany and Slovenia, to get to know foreign countries and cultures, and to improve their foreign language skills. A part of the practice is its assessment by the students. The students assess the practice at the end in the following areas: practice mentor management, co-operation with the staff, the quality of nursing care, work with documentation, job duties, the level of deepening language skills. Students also provide possible remarks on the course of the practice. After their homecomings, on the basis of gained experience, students compile a report from the practice abroad for the school website, for a presentation on the experience for younger students or for an article for a newspaper that is used to inform the public.

### *5.1 Importance of the practice*

Application and deepening the knowledge and practical skills in providing individual nursing care to senior centres clients. Knowledge of work in foreign senior centres. A chance to compare the level of care, availability of equipment, staffing. Application, deepening and improvement of communication skills in a foreign language, not just the spoken word, but also the written word. Familiarization with the environment of the facility. Establishing new (very positive, especially for longer stays) relationships both with staff, residents or family members and getting new contacts. Integration into the team. Getting very important life experiences. Even the possibility of obtaining a job after graduation. And the last, but not least, knowledge of a foreign city's sights, culture, and gastronomy.

# Ispitivanje stavova studenata o utjecaju medija na religioznost

UDK 2:659.3+37.091.8

**KLJUČNE RIJEČI:** mediji, vjerske zajednice, etičnost, istina, studenti, stavovi, komunikacija

**POVZETEK** - Živimo u svijetu razvijene tehnologije koja osim što omogućuje ubranu i bogatiju proizvodnju, pospešuje preradu i prenošenje informacija putem različitih medijskih oblika poput televizije, radija, interneta te drugih oblika informacijskih i komunikacijskih sistema. Mediji u kontekstu slobode izražavanja mogu imati dvostruku ulogu. S jedne strane mogu omogućiti slobodu izražavanja ili je pak mogu kršiti. Tako na primjer, mediji mogu izvještavati o globalnim problemima pri čemu jača solidarnost na globalnoj razini ali isto tako mogu biti instrumentima političke, državne i privatne propagande. Instrument istraživanja je upitnik izrađen na temelju teoretskih znanja i pregleda literature. U istraživanje su uključeni studenti Sveučilišta Sjever u Varaždinu s Odjela za biomedicinske znanosti te studenti Katoličko bogoslovnog fakulteta u Zagrebu. Ukupno je sudjelovalo 148 ispitanika. Rezultati su pokazali da važnost religije u životu studenata ne utječe na njihov negativan stav o medijima. Također, testiranjem radnih hipoteza utvrdilo se da nema bitne razlike u stavovima o utjecaju medija na društvo među studentima navedenih fakulteta. Zaključno možemo reći kako mediji osim što imaju veliku moć izvještavanja javnosti imaju i veliku odgovornost koja se temelji na istinitosti medijskog govora ali i medijskoj slobodi koja po cijenu informiranja ne smije ugrožavati slobodu drugoga.

UDC 2:659.3+37.091.8

**KEY WORDS:** media, religious communities, ethics, truth, students, attitude, communication

**ABSTRACT** - We live in a world of enhanced technology that, besides the rapid and rich production, enhances the processing and transmission of information through different forms of media such as television, radio, Internet and other forms of information and communication systems. In the sense of freedom of expression, the media can have a double role - they can either provide the freedom of expression or disable it. For instance, the media can broadcast about global issues while strengthening solidarity on a global scale, but they can, at the same time, be an instrument of political, state and private propaganda. The instrument of the survey is a questionnaire, based on theoretical knowledge and literature review. The participants are students from the University North Varaždin, department of biomedical sciences and students of the Catholic Faculty of Theology in Zagreb, altogether 148 respondents. The results showed that the importance of religion in a life of a student does not influence his/her negative attitude towards the media. In addition, by testing work hypotheses, it has been established that there is no significant difference in the attitudes among students of the mentioned faculties when it comes to media influencing society. In conclusion, we can state that the media, besides having an immense power of informing, have a major responsibility based on the veracity of media speech, but also media freedom that may, under no circumstances, jeopardise the freedom of the other.

## 1 Teoretična izhodišća

Čovjek je medij djelatnosti duha, govorio je Hegel. Medij jezika različito se razvijao u različitim civilizacijama. U kreiranju različitosti tih civilizacija medij jezika značajno je i sudjelovao (Alić, 2012). Živimo u svijetu razvijene tehnologije koja osim što omogućuje ubranu i bogatiju proizvodnju, pospešuje preradu i prenošenje informacija putem različitih medijskih oblika poput televizije, radija, interneta te drugih oblika informacijskih i komunikacijskih sistema. Prema Vučetiću (2008) čovjek je biće

komunikacije koja je dio njegove naravi i kao takva ima ontološku dimenziju. Komunicirati može jedino čovjek koji je biće koje posjeduje sposobnost mišljenja i govora, te tako u komunikaciji ostvaruje odnose ravnopravnog razumjevanja i razgovora sa ostalim članovima zajednice. Šundalić i Hateši (2006) ističu kako uloga koja se medijima danas pripisuje jest »discipliniranje umova, pretvaranje sudionika u gledatelje«. Tu pasivizacijsku ulogu mediji posebice vrše kroz reklamu. Prema Fučeku (2009) komunikacija pretpostavlja proces osmišljenog dijaloga s osobama unutar male grupe ( primarna komunikacija) kao i s društvom kao grupom (sekundarna komunikacija).

Promišljajući o komunikaciji koja se ostvaruje pomoću medija, valja naglasiti da ona zauzima središnje mjesto u suvremenom društvu. U kontekstu medijske komunikacije, s pravom se može govoriti o masovnim medijima koji su u službi masovne komunikacije. Specifičnost masovne komunikacije putem masovnih medija jest što se brišu, odnosno, ukidaju prostorne i vremenske granice komunikacije što u konačnici omogućuje neograničenu proizvodnju, distribuciju i pohranu simboličkog dobra (Pažanin, 1990.) Masovni mediji tako bivaju posrednicima masovne komunikacije u kojoj publika, odnosno primatelj poruke nije fizički prisutna. Masovna komunikacija biva institucionalizirana kroz masovne medije. Na taj način mediji postaju zbilja koja utjelovljuje vrijednosti i norme s obzirom na društvene potrebe pomoću komunikacijskog procesa. Čovjek je biće komunikacije koja je dio njegove naravi i kao takva ima ontološku dimenziju (Hrvatska biskupska konferencija, 1994). U suvremenom svijetu u kojemu se tehnika odnosno tehnologija vrtoglavo razvija, čovjek sve manje biva subjektom komuniciranja. Stoga se danas s pravom može postaviti pitanje u kojoj mjeri mediji omogućuju čovjeku istinsku komunikaciju te u kakvoj medijskoj zbilji živi suvremeni čovjek? U članku Mediji i nove vrijednosti društva slobodnog tržišta autora Šundalića i Hateši (2006), istaknuto je da se snaga medija zrcali u tome »što beznačajno pretvaraju u značajno, nepoznato u poznato.« Problematika medija u odnosu na čovjeka danas vezana je za promicanje i poticanje vrijednosti u čovjeku. Međutim, mediji bivaju mjesta gdje se uz istinu, lijepo i dobro mogu poticati stvarnosti koje nisu ni istina, ni lijepo, ni dobro. U tom kontekstu može se govoriti da u središtu medija i medijske komunikacije više nije čovjek, već su mediji u službi velikih profitnih političkih korporacija. Uloga koja se medijima danas pripisuje jest discipliniranje umova, pretvaranje sudionika u gledatelje. Tu pasivizacijsku ulogu mediji posebice vrše kroz reklamu (Šundalić i Hateši, 2006).

Najveće potrebe suvremenog svijesta jesu neprekidna informiranost (informacija) i komunikacija koje čovjeka istiskuju iz prirodnog okruženja gdje on gubi doticaj s konkretnim prostorom i vremenom te živi u svijetu virtualnosti u kojem se brišu sve granice. Obilježje virtualnog svijeta prema Šundaliću i Hateši (2006) jest to da je »njegova osnovna uspostavljena veza bez neposrednog ljudskog dodira, virtualno, a posljedica je stvaranje virtualne zajednice«. Takvo egzistiranje i komuniciranje suvremenog čovjeka, briše njegovu vezanost za sve što je nekada predstavljalo vrijednosni sustav pojedinoga društva poput religije, morala, tradicionalnog odnosa prema autoritetu. Stoga medije danas više ne možemo promatrati kao jedno puko sredstvo znanstveno-tehnološkog aparata, koji tvore jedan drugi, poseban, odnosno zaseban svijet,

već upravo suprotno, mediji danas stvaraju novi, stvarni svijet. Televizija, internet, radio i ostali medijski oblici, nude različite informacije poput: rata, patnja, mir, radost, povijest, politika, religija, i ostale stvarnosti koje svoje tumačenje i objašnjenje nalaze upravo u medijima društvenog priopćavanja koji nas uče i odgajaju kakav čovjek to doista trebam postati i biti. Na taj način mediji nisu samo sredstva informacije i komunikacije, već su sredstva koja zauzimaju i odgojnu ulogu koju je nekad vršila obitelj, škola, religija.

### *1.1 Primatelj poruke - temelj medijske komunikacije*

U ovako koncipiranom društvu otvorene javne komunikacije, svaki građanin može postati pošiljalatelj informacije jer prostor komunikacije biva slobodan i otvoren. No, da bi se ovakav oblik komunikacije mogao ostvariti potrebno je izgraditi društvo zrele javnosti i javno mnijenje. Ivan Tanta u članku *Oblikovanje mnijenja ili nužnosti manipulacije*, pozivajući se na novinara kolumnista Josepha Kraftha, javno mjenje definira ovako: »Javno mnijenje je neznani bog kojemu moderni ljudi pale tamjan (Tanta, 2007). Također Tanta (2007) javno mnijenje djeli na javnost i mnijenje, gdje javnost definira« kao skupinu ljudi koja ima zajednički interes u određenom subjektu, a mnijenje, kao nedovoljno utemeljeno mišljenje u kojem su izražena stajališta o nekoj temi koji, kad postanu dovoljno snažni, vode prema verbalnim i fizičkim akcijama. »Javno mnijenje se stoga može zrcaliti i ostvariti u demokratskoj kulturi. Problematično postaje kada mediji zbog svoje snage preuzimaju vodstvo pred javnim mnijenjem ne zadovoljavajući se ulogom posrednika, pri čemu javnost postaje publikom a glavni glumci mediji, koji postaju stvaratelji nove javnosti i zbilje, što u konačnici nazivamo manipulacijom medija u odnosu na stvarnost (Tanta, 2007).

### *1.2 Etika medija*

Etika često postaje oruđem za donošenje teških životnih odluka. Stoga ne čudi da nas već u obitelji, školi i cijeloj društvenoj zbilji uče etičkim principima i moralnom rasuđivanju. Međutim, što bi to bila etika? Pojam etika dolazi od grčke riječi *ethos* koja označava običaj, upotreba, odnosno karakter (Dej, 2004). Etika je dakle, moralna procjena naših odluka kao konstante prihvatljivosti ili neprihvatljivosti, s obzorja opće prihvaćenih načela ponašanja (Soče-Kraljević, 2010.) Govoriti o etici medija, ujedino znači otvoriti niz problemskih pitanja danas. Svjedoci smo mnogih medijskih incidenata poput pisanja lažnih informacija u novinskim člancima, korupcije, idealiziranja proizvoda u reklamama i sl. Sve to dovodi u pitanje etičnost medija. Iako mediji često djeluju sukladno vlastitim interesima, ipak moraju postojati standardi prihvatljivog ponašanja prema kojima će sve medijske odluke biti usmjerene i realizirane. Naime, Dej kada progovara o etici medija u kontekstu novinarstva, govori da odluka novinara da objavi nečiji privatni život često se temelji na opravdanju »pravom naroda da zna« a problem takvog opravdanja Dej vidi u ne odgovaranju na pitanje »što narod ima pravo znati i zašto narod ima pravo na ovakvu vrstu informacije« (Dej, 2004).

## 2 Metode

Kao ishodišna metoda koristila se metoda pregleda literature s područja medija i vjerskih zajednica. U empiričnom dijelu koristila se kvantitativna statistička obrada pomoću Hi-kvadrat testa, T-testa te Spearmanovog testa korelacije ranga. Prikupljanje podataka od respondenata učinjeno je pomoću polustrukturiranog upitnika koji je sadržavao 15 čestica.

### 2.1 Opis instrumenta istraživanja

Kao istraživački instrument korišten je polustrukturirani upitnik koji je sastavljen od 15 čestica. Prve četiri čestice odnosile su se na opće demografske podatke o respondentima. Čestica pod brojem 5 odnosila se na političko opredjeljenje respondenata, čestice pod brojem 6 i 7 obuhvaćale su ispitivanje naklonosti prema pojedinim medijima, čestica broj 8 odnosila se na vjeroispovijest respondenata. U 9. čestici bile su ponuđene 4 tvrdnje na likertovoj skali, a odnosile su se na ispitivanje stavova prema vjeri u osobnom i društvenom aspektu. Čestice pod brojem 10, 11, 12, 13, 14 i 15 obuhvaćale su tvrdnje koje su se usko odnosile na ispitivanje stavova s obzirom na religijsku i kulturalnu različitost u Hrvatskoj te utjecaj medija na iste.

### 2.2 Opis uzorka

U ukupnom uzorku od 148 respondenata 92 su studenti Katoličkog bogoslovnog fakulteta (KBF) u Zagrebu, a 56 sa Sveučilišta Sjever iz Varaždina. U obadvije navedene grupe prevladavaju osobe ženskog spola (tabela 1). Uzorak je prigodni, a izabaran je s obzirom na različitost u formalnom obrazovanju pethodno navedene dvije skupine, pri čemu studenti sestrinstva Sveučilišta Sjever u svom kurikulumu nemaju kolegij koji se odnosi na medije i religioznost, te su nas stoga zanimale razlike s obzirom da na KBF-u studenti ipak u sklopu svog formalnog obrazovanja su imali prilike o tome slušati.

Tabela 1: Prikaz distribucije ispitanika

<i>Ispitanici</i>	<i>Studentice</i>	<i>Studenti</i>	<i>Ukupno</i>
KBF	81	11	92
Sveučilište Sjever	44	12	56
UKUPNO	125	23	148

Izvor: Anketni upitnik, 2015.

Iz tabele 2 vidimo raspon starosti ispitanika koji se kreće od 19 do 46 godina, a najviše je onih sa navršene 22 godine života.



Tabela 2: Prikaz ispitanika u odnosu na dob

Starost ispitanih (god.)	Broj ispitanih
19	7
20	19
21	21
22	28
23	21
24	23
25	6
26	3
27	4
28	2
29	2
31	1
32	3
35	1
38	2
39	2
40	1
42	1
46	1
Ukupno:	148

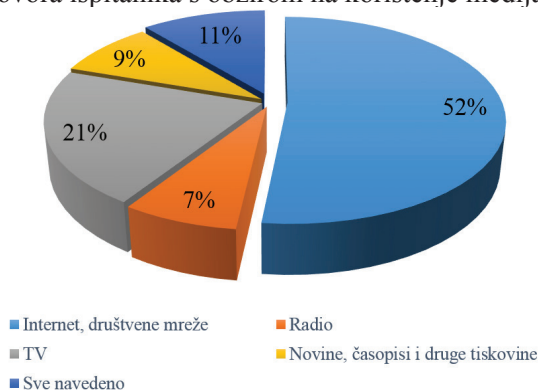
Izvor: Anketni upitnik, 2015.

### 2.3 Radna hipoteza

H1: Studenti Sveučilišta Sjever imaju pozitivniji stav o utjecaju medija na društvo nego studenti Katoličkog bogoslovnog fakulteta.

## 3 Rezultati

Graf 1: Prikaz odgovora ispitanika s obzirom na korištenje medija u postocima



Iz grafa 1 vidljivo je kako Internet prednjači (52 %) u odnosu na korištenje ostalih medija.

\*Napomena, studenti su mogli izabrati više medija istovremeno

**Tabela 3:** Prikaz dnevne konzumacije medija od strane ispitanih studenata

<i>Koliko dnevno koristite medije ?</i>		
<i>Vrijeme:</i>	<i>Broj odgovora</i>	<i>%</i>
Do 30 minuta	14	9,46
Od pola sata do 2 sata	65	43,92
Od 2-4 sata	40	27,03
Od 4-6 sati	22	14,86
Više od 6 sati	7	4,73
Ukupno:	148	100

*Izvor:* Anketni upitnik, 2015.

Iz tabele 3 vidimo da 9,46 % ispitanika koristi medije do 30 minuta dnevno, 43,92 % ispitanika medije koristi od pola sata do 2 sata, 27,03 % ispitanika medije koristi od 2-4 sata, 14,86 % koristi medije od 4-6 h, a 4,73 % više od 6 sati.

**Tabela 4:** Prikaz distribucije odgovora studenata Sveučilišta Sjever na poimanje važnosti medija kao ključnog čimbenika za napredak društva

<i>Mediji su ključ napretka društva</i>	
<i>Odgovori:</i>	<i>Broj odgovora Ispitanih studenata Sveučilišta Sjever</i>
Uopće se ne slažem	3
Uglavnom se ne slažem	11
U srednjoj mjeri se slažem	22
Uglavnom se slažem	14
Apsolutno se slažem	6
Ukupno:	56

*Izvor:* Anketni upitnik, 2015.

Iz tabele 4 vidimo da 22 ispitanika sa Sveučilišta Sjever odgovara kako se u srednjoj mjeri slažu s tvrdnjom da su mediji ključ društvenog napretka.

**Tabela 5:** Prikaz distribucije odgovora studenata KBF-a na poimanje važnosti medija u društvu

<i>Mediji su ključ napretka društva</i>	
<i>Odgovori:</i>	<i>Broj odgovora Ispitanih studenata Katoličko bogoslovnog fakulteta</i>
Uopće se ne slažem	12
Uglavnom se ne slažem	19
U srednjoj mjeri se slažem	36
Uglavnom se slažem	18
Apsolutno se slažem	7
Ukupno:	92

*Izvor:* Anketni upitnik, 2015.

Iz tabele 5 utvrđeno je kako se najveći broj studenata (36 od 92) slaže u srednjoj mjeri s tvrdnjom da su mediji ključ napretka društva. Prosječna ocjena studenata Sveučilišta Sjever iznosi 3,12 (standardna devijacija 1,0545), a kod studenata Katoličko bogoslovnog fakulteta ona je 2,46 (standardna devijacija 1,0649). Prema formiranim odgovorima (1.- Uopće se ne slažem, 2.- Uglavnom se ne slažem 3.- U srednjoj mjeri se slažem, 4.-Uglavnom se slažem i 5.-Apsolutno seslažem) viša ocjena predstavlja pozitivniji stav. Je li postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama testiramo t-testom o razlici dviju aritmetičkih sredina, sa 5 % mogućnosti pogreške.

*Tabela 6: Prikaz odgovora na poimanje religije u društvu*

<i>Smatram da religija treba imati važnu ulogu u izgradnji društva</i>			
<i>Odgovori:</i>	<i>Broj odgovora studenata KBF-a</i>	<i>Broj odgovora studenata Sveučilišta Sjever</i>	<i>Ukupno</i>
Uopće se ne slažem	0	2	2
Uglavnom se ne slažem	0	5	5
U srednjoj mjeri se slažem	3	18	21
Uglavnom se slažem	20	19	39
Apsolutno se slažem	69	12	81
Ukupno	92	56	148

*Izvor: Anketni upitnik, 2015.*

Iz tabele 6 vidljivo je kako su najveće razlike u stavovima između studenata KBF-a i Sveučilišta Sjever uočene kod tvrdnje: Smatram da religija treba imati važnu ulogu u izgradnji društva.

Hipoteze glase:  $H_0$ : Nema bitne razlike o stavu prema medijima među studentima sa ta dva fakulteta

$H_1$ : Studenti sa Sveučilišta Sjever imaju pozitivniji stav o utjecaju medija na društvo nego studenti Katoličko bogoslovnog fakulteta.

Koristeći program MS Excela dobiven je ispis (tabela7).

*Tabela 7: Prikaz T-testa*

t-Test: Two-Sample Assuming Equal Variances

$\alpha = 0,05$	<i>Variable SS</i>	<i>Variable KBF</i>
Mean	3,12	2,46
Variance	1,0545	1,0649
Observations	56	92
Pooled Variance	1,0610	
Hypothesized Mean Difference	0	
df	146	
t Stat	0,186783353	
P(T<=t) one-tail	0,426044898	
t Critical one-tail	1,655357345	
P(T<=t) two-tail	0,852089797	
t Critical two-tail	1,976345623	

*Izvor: Anketni upitnik, 2015.*

Iz tabele 7 vidljivo je da je vrijednost t-testa (0,1868) manja od kritične vrijednosti (1,6554) pa se prihvaća nulta hipoteza. Zaključak je stoga da nema bitne razlike u stavovima o utjecaju medija na društvo među studentima tih fakulteta, odnosno, ne može se tvrditi da studenti Sveučilišta Sjever imaju bitno pozitivniji stav po tom pitanju.

## 4 Rasprava

U istraživanju koje je obuhvaćalo 148 ispitanika (92 ispitanika s KBF-a i 56 sa Sveučilišta Sjever, dobiveni su zanimljivi rezultati. Na pitanje koje medije najčešće koriste, obje grupe ispitanika (KBF-a i Sveučilišta Sjever) su kao vodeći medij navele internet. Navedene rezultate možemo povezati s teorijom Fučeka (2009) koji naglašava važnost interneta u suvremenom društvu te navodi kako »Internet može povezati osobe, a može ih i razdvajati, kako pojedince tako i skupine te naglašava važnost interneta u novoj evangelizaciji Europe«. Najveće razlike u stavovima između studenata KBF-a i Sveučilišta Sjever uočene su kod tvrdnje: Smatram da religija treba imati važnu ulogu u izgradnji društva. Naime, većina svih studentskih ispitanika (54,73 %) odgovorila je da se apsolutno slaže s tvrdnjom da religija treba imati važnu ulogu u izgradnji društva. Ukupno 26,35 % se uglavnom ne slaže s tvrdnjom, 14,19 % slaže se u srednjoj mjeri, 3,38 % uglavnom se ne slaže te 1,35 % koji se uopće ne slaže (tabela 6). Slično istraživanje proveli su sociolog Krunoslav Nikodem i komunikolog Jerko Valković (2011) koji su ispitivali povjerenje u medije. Dobiveni rezultati su pokazali da ispitanici veliko nepovjerenje ukazuju upravo prema televiziji, ali i novinama. Autori su postavili pitanje zbog čega građani (ispitanici) konzumiraju sadržaje određenih medija, a istovremeno tom istom mediju ne vjeruju. Ono što se sa sigurnošću može potvrditi, a što je već predhodno bilo u radu naglašeno jest da mediji u Hrvatskoj ne pokazuju vlastitu autonomiju i samostalnost već su bitno obilježeni utjecajem moćnih korporacija koje medije koriste za vlastite interese, zbog kojih etičnost medija postaje upitna, što u konačnici za posljedicu ima nepovjerenje konzumenata medija (Nikodem i Valković, 2011.)

Testiranjem radne hipoteze kako studenti Sveučilišta Sjever imaju pozitivniji stav o utjecaju medija na društvo nego studenti Katoličkog bogoslovnog fakulteta, za provjeru navedenog koristili smo rezultati ankete, gdje su među ostalim studenti iznosili svoj stav o tvrdnji: Mediji su ključ napretka društva gdje su studenti Katoličkog bogoslovnog fakulteta kao i studenti Sveučilišta Sjever pokazali slaganje u tvrdnji jer se obje strane u srednjoj mjeri slažu s tvrdnjom da su mediji ključ napretka društva, te se može zaključiti da nema bitne razlike u stavovima o utjecaju medija na društvo među studentima ispitanih fakulteta. Kada govorimo o utjecaju religije na izgradnju društva u pozitivnom kontekstu, vidimo iz tabele 6 kako se studenti Sveučilišta Sjever u manjoj mjeri slažu s navedenom tvrdnjom u odnosu na studente Katoličko bogoslovnog fakulteta. Iz ove analize može se također zaključiti da studenti koji dnevno medije više koriste imaju i veće povjerenje u medije što dovodi do zaključka da mediji uvelike mogu utjecati na njihov stav s obzirom na vjerske zajednice i vjerske autoritete.

**LITERATURA**

1. Dej, L. A. (2004). Etika u medijima- primeri i konverze. Beograd, 19.
2. Fuček, I.(2009). Moralno duhovni život – Istinoljubivost i mediji. Split.
3. Hrvatska Biskupska Konferencija (2006). Crkva i mediji. Pastoralne smjernice. Zagreb.
4. Hrvatska Biskupska Konferencija (1994). Katekizam Katoličke Crkve.
5. Nikodem, K. i Valković, J. (2011). Mediji u Hrvatskom društvu - analiza osnovnih karakteristika medijskog prostora s obzirom na supsidijarnost. Bogoslovska smotra, 81, 812.
6. Pažanin, A. (1990). Javni mediji i komunikacija, Politička misao, 27 (1), 149–153.
7. Sead, A. (2012). Masmediji zatvor bez zidova. Tekstovi filozofije medija. Zagreb: Centar za filozofiju medija i mediološka istraživanja.
8. Soče Kraljević, S. i Kraljević, I. (2010). Istraživanje uloge i značenja etike u marketinškim odlukama medija, Informatol, 43 (2), 151.
9. Šundalić, A. i Hateši, I. (2006). Mediji i nove vrijednosti društva slobodnog tržišta, Informatologija, 39, 273.
10. Tanta, I. (2007). Oblikovanje mnijenja ili nužnost manipulacije. Medianali, 2, 13–32.
11. Vučetić, M. (2008). Čovjek i kultura - duhovne pustinje, Filozofska istraživanja, 28 (1), 164.

# Stališča starostnikov do usposabljanja iz prve pomoči

UDK 614.88-053.9:37

**KLJUČNE BESEDE:** prva pomoč, starostniki, obnove znanja

**POVZETEK** - Trend staranja prebivalstva v Evropi pri naša tudi izzive na področju usposabljanja iz prve pomoči. Aktualnost tematike poudarja svetovni dan prve pomoči, ki je bil leta 2015 posvečen starejšim generacijam. Evalvacije tečajev prve pomoči med mlajšimi v Sloveniji kažejo na pozitivno naravnost udeležencev, stališča starostnikov so neraziskana. Namen te raziskave je ugotoviti, ali starostniki v Sloveniji menijo, da je obnove znanja iz prve pomoči v starosti potrebna in kakšna so njihova stališča do tečaja prve pomoči kot ene od možnosti za pridobitev/obnove znanja. Podatki so bili pridobljeni z izvedbo treh fokusnih skupin, ki so potekale po vnaprej izdelanem protokolu in kjer je sodelovalo 19 oseb, starih od 62 do 87 let. Na podlagi video in avdio posnetkov so bili narejeni prepisi pogovorov, ti pa so bili po vnaprej določenih ključih obdelani s programom Nvivo. Udeleženci fokusnih skupin so večinoma pozitivno naravnani do obnavljanja znanja iz prve pomoči. V ospredje postavljajo praktično ponovitev znanja iz prve pomoči pred druge ponujene možnosti (literatura, internet, mediji). Z zdravstvenega vidika so starostniki ranljiva skupina prebivalstva za nastanek poškodb in nenadnih obolenj, ob katerih je lahko prva pomoč kot prvi ukrep ključnega pomena, kar izpostavljajo tudi udeleženci fokusnih skupin. Ugotovitve naše raziskave kažejo, da moramo v slovenskem prostoru narediti korak naprej in izdelati prilagojene učne načrte usposabljanj iz prve pomoči za določene starostne skupine. Hkrati so starejši neizčrpen vir življenjskih izkušenj tudi s področja prve pomoči.

UDK 614.88-053.9:37

**KEY WORDS:** first aid, senior citizens, renewing knowledge

**ABSTRACT** - The trend of ageing population in Europe poses challenges in the field of first aid training. This topic was also highlighted by the International First Aid Day in 2015, where it was pointed out that age is not a limit. The evaluations of first aid courses among younger generations show us a positive stance; the views of the elderly have not yet been researched. The aim of the study is to determine if elderly people in Slovenia think that renewing knowledge of first aid is necessary at their age and how they see the first aid courses as one of the options for acquiring/renewing the knowledge. Data has been gathered during realisation of three focus groups, among 19 people, between 62 and 87 years of age. Transcriptions of interviews were made on the basis of video and audio recordings; these were analysed by predetermined keys in the NVIVO Programme. Most of the focus groups of participants are positively oriented to renewing the first aid knowledge. Practical courses would be preferred among several options (literature, internet, and media). In the aspect of health, senior citizens are the vulnerable members of the society, especially when it comes to injuries and sudden disorders. In these events, first aid can be the crucial factor; this was also pointed out by the participants of focus groups. Our findings indicate that there are needs for adjusted curriculums of first aid for different age groups. We also have to keep in mind that the seniors are an endless source of experience, including the first aid.

## 1 Teoretična izhodišča

Staranje prebivalstva v Sloveniji poteka že desetletja in se bo v naslednjih desetletjih nadaljevalo (Šircelj, 2009). Po srednji varianti projekcije prebivalstva EUROPOP2008 naj bi se delež ljudi, starih najmanj 65 let, v Sloveniji do leta 2060 povečal za več kot 16 %, delež ljudi, starih najmanj 80 let, pa s 3,5 % na 14,1 % (Vertot, 2009). Ti podatki navajajo kronološko starost (po koledarju), funkcionalna starost pa nam pove, v kolikšni meri je posameznik sposoben samostojno opravljati svoja temeljna življenj-

ska opravila (stari smo toliko, kolikor se počutimo) (Požar, 1996, v Milavec Kapun, 2011). S spodbujanjem dejavne vloge starejših, zagotavljanjem kakovosti njihovega življenja in dobrega počutja ter upoštevanjem njihove avtonomnosti in medgeneracijske vključenosti je lahko funkcionalna starost nižja od kronološke. Strokovnjaki opozarjajo na pomen vključevanja starostnikov v različne aktivnosti in pomen medgeneracijskega sodelovanja za krepitev zdravja celotne družbe, saj lahko tako izboljšujejo kakovost svojega življenja in tudi kakovost življenja drugih ljudi. Dejavnější vloga starostnikov v družbi pozitivno vpliva na njihovo telesno in duševno zdravje, pomaga pri krepitvi in ohranitvi njihovih kognitivnih sposobnosti, zmanjšuje tveganje za nastanek zmedenosti in depresije, večja sposobnost premagovanja bolečine, ohranja njihovo mobilnost in zmanjšuje težave z ravnotežjem, hkrati pa lahko svoja znanja, veščine in izkušnje delijo z mlajšo generacijo v okolju, v katerem živijo (Filipovič idr., 2005; Hlebec, 2009; Milavec Kapun, 2011).

Pri starejših obstaja večje tveganje za nastanek poškodb in obolenj. Ob sočasnem poudarjanju pomena vključevanja starejših v družbo je to eden izmed razlogov, da strokovnjaki po svetu opozarjajo na pomen znanja prve pomoči tudi za starejšo populacijo. Pri tem izpostavljajo padce, ki so glavni vzrok poškodbam starejših. Ocenjeno je, da med starejšimi vsaka tretja oseba pade enkrat na leto.

Veliko resnih posledic poškodb zaradi padca je z znanjem prve pomoči mogoče preprečiti ali vsaj ublažiti (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2015). Po svetu se izvajajo različni projekti, katerih ciljna populacija so starostniki: lahko se vključijo v usposabljanja iz prve pomoči, v naseljih za starejše se namešča avtomatske zunanje defibrilatorje in se starostnike uči uporabe le-teh; napisane so tudi različne smernice in priporočila za usposabljanje starostnikov iz prve pomoči (First Aid Education European Network, 2013; Mitzner idr., 2009; Richman idr., 2007; Walker, 2002; Wolley idr., 2006).

Tudi pristojna Mednarodna federacija Rdečega križa in Rdečega polmeseca (IFRC, 2015) je izpostavila vlogo starejših s sloganom Svetovnega dneva prve pomoči v letu 2015 »Prva pomoč in staranje prebivalstva«. S tem se odločno poudarja pomen graditve pozitivne podobe staranja ter pomen prepoznave starejših ljudi kot pomembnega družbenega vira za dajanje prve pomoči drugi osebi. Pomembno je spodbujati njihove sposobnosti samopomoči kot možnosti oskrbe samega sebe ter poudarjati prispevek starejših pri širjenju razumevanja dajanja prve pomoči sočloveku kot humanega dejanja ali promocije le-te med mlajšimi.

V literaturi so opisani nekateri primeri poskusov tečajev prve pomoči za skupine starejših v Sloveniji, a tem generacijam do sedaj v našem prostoru ni bila posvečena posebna pozornost (Dolenc in Slabe, 2012). Hkrati nimamo izdelanih natančnih smernic, v katerem obdobju starostnike učiti določene vsebine. Evalvacije tečajev prve pomoči med mlajšimi generacijami v Sloveniji kažejo na pozitivno naravnost udeležencev do usposabljanja iz prve pomoči, stališča starostnikov pa so neraziskana.

## 2 Metoda

Uporabljena je bila strategija presečne študije. Najprej je bil s pomočjo sistema COBISS in podatkovnih baz Google učenjak ter EBSCOhost opravljen pregled domače in tuje literature. Vnaprej opredeljeni vključitveni in izključitveni kriteriji za izbor ustrezne literature določajo predvsem starost člankov (v večini ne starejši od leta 2005).

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Podatki so bili pridobljeni z izvedbo treh fokusnih skupin. Pilotno fokusno skupino smo izvedli 21. februarja 2014 na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani med skupino prostovoljcev študentov in zaposlenih, medtem ko smo pogovore v treh fokusnih skupinah starostnikov izvedli aprila 2014 v dveh različnih krajih po Sloveniji (enega v Ankaranu in dva v Škofji Loki). Fokusne skupine je vodil moderater ob pomoči asistentov z vnaprej določenimi vprašanji odprtega tipa, ki so dopuščala raznolikost odgovorov. Odgovori so bili dobljeni tudi s pomočjo podvprašanj; moderater je z njimi vključeval tudi manj aktivne udeležence skupine. Fokusne skupine so bile posnete z digitalnim fotoaparatom (Sony HX50) ter govorno snemalno napravo (OLYMPUS WS-832). Na začetku so bili udeleženci seznanjeni z namenom in ciljem fokusne skupine, razložen jim je bil potek in razlogi za snemanje z upoštevanjem anonimnosti in prostovoljnosti. Izvedba fokusnih skupin je potekala po vnaprej izdelanem protokolu. Organizirane in izpeljane so bile tri fokusne skupine: ena (FS1) s sedmimi, dve (FS2 in FS3) s šestimi udeleženci (skupno 19), starimi od 62 do 87 let. Udeleženci so bili obeh spolov (4 moški in 15 žensk), z različno stopnjo dokončane izobrazbe. Pogovor prve fokusne skupine je trajal 27 minut, druge 40 minut in tretje 51 minut. Na podlagi video in avdio posnetkov so bili narejeni prepisi pogovorov. Vsebinsko sta analizirala dva raziskovalca, neodvisno drug od drugega z namenom povečati zanesljivost pridobljenih rezultatov kvalitativne raziskave. Analiza je sledila korakom poteka analize kvalitativne raziskave: seznanjanje, identificiranje tematskega okvira, kodiranje, strukturiranje primarnih tematskih sklopov, združevanje in interpretacija (Poplas Susič, 2012).

Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšno je mnenje skupine starostnikov o obnovitvi znanja prve pomoči v obdobju starosti; kako sprejemajo tečaj prve pomoči kot možnost, da obnovijo svoje znanje. Ugotoviti smo želeli tudi, ali obstajajo razlike med starostniki v različnih starostnih obdobjih v stališčih do lastnega obnavljanja znanja.

## 3 Rezultati

Odgovori udeležencev fokusnih skupin so razdeljeni v tri kategorije: asociacije na temo prva pomoč in izkušnje s prvo pomočjo (ker udeleženci kot asociacije pogosto navajajo izkušnje, sta ti kategoriji združeni) (tabela 1), stališča do obnovitve znanja prve pomoči (tabela 2) in stališča do načinov obnavljanja znanja prve pomoči (tabela 3). Odgovori udeležencev treh izvedenih fokusnih skupin so združeni (tabela 1); izjema so rezultati stališč do obnovitve znanja prve pomoči, kjer smo želeli primerjati stališča med različnimi starostnimi skupinami znotraj skupine starostnikov (tabela 2).



Udeleženci ob besedi prva pomoč najpogosteje opisujejo izkušnje, ko so se soočili s poškodovano osebo. Povedo, kaj so naredili, pogosto izpostavljajo, kako so se ob tem počutili, izražena so negativna čustva (strah, groza). Opisujejo različne poškodbe in obolenja ter znake in simptome, ki so jih opazili (tabela 1).

*Tabela 1: Kategorizirani odgovori udeležencev fokusne skupine - asociacije na temo prva pomoč in izkušnje s prvo pomočjo*

<i>Asociacije na prvo pomoč</i>		
<i>kategorije</i>	<i>pod kategorije</i>	<i>primeri</i>
Ukrepi	Ugotavljanje stanja	sem ga (otroka) kar zrukala, stresla; gledala, če diha; vprašam, če boli; preverim (zaradi negotovosti pokliče pomoč); stisni, iztegni roke (pri epileptičnem napadu)
	Neodložljivi ukrepi	obrniti na bok; umetno dihanje; jezik ven (pri epileptičnem napadu); oživljanje; izvlekli iz vode
	Klic NMP	klic 112; poklicala zdravnika; poklicala (zdravstveni dom)
	Oskrba	zavežeš (rano); dati deko pod glavo; podložiti (odejo pod poškodovanca); nalepila obliž; pokrila (z odejo); peljali (do doma); opekline; izvajali (TPO); dali mokre brisače; skočila v vodo; skupaj spravila (iz vode); nategnil nazaj (izpahnjen prst); zaviti v brisače; imobiliziraš (roko); pomeri pritisk; da obkladke; posedel (ob utrujenosti); pustili ležati pri miru
	Transport	dvignila, prijela (ponesrečenca); sta zdrvela (z avtom proti bolnišnici)
Čustva in misli	Pozitivna	sem razumno odreagirala
	Negativna	hudo; strah; trda sm postala; ne vem, grozno; pobralo me bo; bala sem se; grozn strah krvi; obupno, ne bom si odpustila, nisem večča; pozabiš, morali bi vedeti; ne vem, če so vsi ljudje pripravljeni pomagati; tragično; nelagodno; nemoč; žalost; jeza; grozljivka; nekaj neverjetnega; ne veš, kaj bi; nisem razmišljal, je prišlo za mano; so se mi tresle roke; slabo mi je bilo; bolj je prizadet tisti, ki pomaga, kot pa tisti ki je ponesrečen; bog ne daj; zaskrbljeno, ni prijetno; groza zagrabila; sem se trudila; ne veš, kaj govoriš, zmeden si, nisem znala povedati; zmeden si, šok; vlile solze od ogorčenja
Poškodbe/obolenja/zastrupitve	Poškodbe	rana, krvav; kap; zadušitev; se ji je zaletelo; mrtev; napad sončarice; zlom prsta; zlomi; zvini; praske, vreznine; buška; razbito možgansko dno; huda poškodba; noga v mavcu
	Obolenja	božjast; sladkorna bolezen; epilepsija; možganska kap; skupaj zlezal; srčni infarkt; umrl; tumor na možganih; nezavest
	Zastrupitve	pijan; pod vplivom alkohola; pijanost
Stanje poškodovanca	Znaki	prišel k sebi; ležal, hropel; ni mogel zadihati, dobil je take oči; zadihal; pobruhan; potolčen; izgubila sem se; tekla kri; tresla; zgornji pritisk 210; ni nič zmogla; jokal; hipa (hipoglikemija); se ni premaknil; polomljen
	Simptomi	prestrašen, strah, zavrtelo, slabost, tiščanje, pekoča bolečina
Solidarnost	Pozitivno	pomagat; pomoč; treba pomagat; pomagati človeku v stiski; to, kar je potrebno; situacije, ko kdo rabi; pripravljenost pomagat; samopomoč; v dobri veri, dober namen; nekaj moram
	Negativno	
Mehanizmi poškodb	Visokoenergetski	povožil avto; padel z vrha dol; padec; udarec; spotaknila; ravsala; prebije;
	Nizkoenergijski	naplavilo; utaplja;

Dajalci pomoči/druge osebe	Laiki	oče; mož; pijanec; gledalci; laik;
	Prvi posredovalci	gasilci; Rdeči križ; ekipe prve pomoči
	Zdravstveni delavci	zdravnik; medicinska sestra
Učenje	TPO	vaja z defibrilatorjem

Do 80. leta starosti so udeleženci naklonjeni obnavljanju znanja iz prve pomoči, vsi so izpostavili, da bi bilo tudi zanje to znanje potrebno; po 80. letu starosti se stanje spremeni (Tabela 2).

*Tabela 2: Kategorizirani odgovori udeležencev fokusne skupine - stališča do obnavljanja znanja prve pomoči*

Starostna skupina	Stališča do obnavljanja znanja prve pomoči	
	Pozitivna	Negativna
Udeleženci med 60 in 80 let	se mi zdi prav, da človek majčkeno izve in sliši; me zanima; preberem kaj; moraš opraviti vsake toliko časa; vedno je premalo; pozabi se; si pogledam; zelo dragoceno; uzakoniti; spraviti v množičnost; seveda, na vsak način; nujno bi morali obnavljati; ne znam in bi obnovil; je prav, da obnovimo; obnoviti vsak enkrat letno; je potrebno trenirati; nujno po izpitu; pri naših letih je potrebno večkrat	
Udeleženci starejši od 80 let		sem prestara; pri teh letih ne več; še istega dne bi pozabila; pozabiš;

Praktičnemu obnavljanju znanja prve pomoči dajejo udeleženci prednost pred drugimi oblikami učenja. Imajo veliko idej, na kakšne načine bi lahko obnovili znanja, predvsem v smislu vključevanja vsebin prve pomoči v aktivnosti, ki se jih starejši udeležujejo (Tabela 3).

*Tabela 3: Kategorizirani predlogi udeležencev fokusne skupine – načini obnavljanja znanja*

Načini obnavljanja znanja	Predlogi udeležencev
Praktično	praktično; tako, da nekdo pokaže; praksa; tečaj za bolničarje; ustvarili bi tako situacijo; na licu mesta; ob pomoči strokovnjakov; podkrepljeno s primeri; moraš preizkusit, ni dovolj, da samo povedo; z lutko
V skupini	v sklopu akcijskih skupnosti: planinci, pohodniki, kolesarji, ribiči; pet minut pred pričetkom telovadbe bi povedal nekdo, ki je usposobljen; na avtobusu, ko gremo na pohod; ob akcijah merjenja pritiska in sladkorja v krvi; preko Rdečega križa; v manjših skupinah
Tehnologija/mediji	pametni telefoni za mlajšo populacijo; po televiziji

## 4 Razprava

Prva pomoč obsega takojšnje ukrepe, ki jih izvedemo pri poškodovani ali nenadno oboleli osebi (na kraju dogodka in čim prej po njem) na nezapleten način in z enostavnimi pripomočki z namenom, da bi rešili življenje, preprečili poslabšanje zdravstvenega stanja ter zagotovili strokovno zdravstveno oskrbo (Derganc, 1982). Udeleženci

fokusnih skupin na začetku razpravljajo o tem, kaj je prva pomoč. Omenjajo vse elemente definicije prve pomoči: poškodbe, obolenja, ukrepe in tudi solidarnostni vidik dajanja prve pomoči. Omenjajo tudi strokovno pomoč, za katero so poskrbeli. Pogosto navajajo svoje bogate življenjske izkušnje s prvo pomočjo. Starejši so neizčrpen vir življenjskih izkušenj in modrosti, vendar jim primanjkuje sodobnega znanja (Milavec Kapun, 2011). Podobno kažejo tudi rezultati naše raziskave. Pogosto udeleženci omenjajo negativna čustva ob spominu na neželjeni dogodek, pri katerem so se soočili s potrebo po ukrepih prve pomoči. Najpogosteje navajajo strah, ki je, tudi po rezultatih sorodnih raziskav, eden izmed glavnih razlogov, da laiki prve pomoči ne dajo, ko je potrebna. Strah običajno izvira iz pomanjkanja znanja (Howard and Houghton, 2012; Rajapakse idr., 2010; Simončič, 2013). Problemi na področju znanja prve pomoči se pojavljajo predvsem zaradi pozabljanja vsebin in zastaranja znanja, kar je pri starejših ljudeh še izrazitejše. Ob tem je pomembno izpostaviti pomen obnovitve znanja prve pomoči tudi za starejšo skupino prebivalstva.

Udeleženci fokusnih skupin so v večini pozitivno naravnani do obnavljanja znanja prve pomoči; izpostavijo, da bi bilo obnavljanje aktualno tudi za njih. V ospredje postavijo praktično ponovitev znanj in veščin prve pomoči (pred druge ponujene možnosti, kot so literatura, internet, mediji). Mnogi raziskovalci in praktiki ugotavljajo, da so starejši ljudje zmožni pridobiti prepotrebna znanja prve pomoči in jih uporabiti. Programi usposabljanja dokazano pomembno pripomorejo k povečanju možnosti preživetja ob srčnem zastoju, pozitivni so tudi rezultati učenja uporabe avtomatskega zunanega defibrilatorja. Starostniki so z ustreznim predhodnim usposabljanjem sposobni kakovostno izvajati masažo srca. Pomembno je poudariti, da analize tečajev kažejo, da starejši ljudje zelo pozitivno sprejemajo izobraževanje o prvi pomoči (Neset idr., 2010; Richman idr., 2007; Schonwetter, 1994).

V naši raziskavi smo ugotovili, da so udeleženke, starejše od 80 let, mnenja, da ne bi več zogle dati prve pomoči in zato niso izrazile zanimanja za obnovitev znanja. V demografskih analizah vedno pogosteje starejšo generacijo delimo v dve (ali celo več) skupini: stare in stare stare (zelo stare). Meja je običajno pri 80-ih ali 85-ih letih (Šircelj, 2009). Pripravljenost starejših odraslih za sodelovanje v učnih dejavnostih in tudi njihova dejanska vključenost se s starostjo zmanjšuje (Krašovec in Kump, 2009).

Z zdravstvenega vidika so starostniki ranljiva skupina prebivalstva za nastanek poškodb in nenadnih obolenj, ob katerih je lahko prva pomoč kot prvi ukrep ključnega pomena. To izpostavljajo tudi udeleženci fokusnih skupin. Ugotovitve naše raziskave kažejo, da moramo v slovenskem prostoru narediti korak naprej na področju usposabljanj iz prve pomoči za skupine starostnikov, saj si želijo obnavljanja znanja. V povezavi z učnimi in izobraževalnimi dejavnostmi bo potrebno bolje spoznati populacijo starejših odraslih, njihove potrebe, zmožnosti in ovire, kar je mogoče le s poglobljenim raziskovanjem te skupine (Krašovec in Kump, 2009). To velja tudi za področje usposabljanj iz prve pomoči: izdelati bi bilo potrebno prilagojene učne načrte za določene starostne skupine in ob tem upoštevati dejstvo, da je starostnike zmotno podcenjevati. Usposabljanje iz prve pomoči je lahko način spodbude za socialno vključenost starejših.

**LITERATURA**

1. Derganc, M. (1982). *Osnove prve pomoči za vsakogar. Priročnik s praktičnimi primeri*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
2. Dolenc, E. in Slabe, D. (2012). Tečaj prve pomoči za skupino starih ljudi za samopomoč. V K. Babnik (ur.) in M. Kocbek (ur.), *Raziskovanje študentov zdravstvenih ved in evropsko leto aktivnega staranja ter medgeneracijske solidarnosti: zbornik prispevkov 4. študentske konference s področja zdravstvenih ved*, Izola, 25. maj 2012 (str. 53–60). Koper: Založba Univerze na Primorskem.
3. Filipovič, M., Kogovšek, T. in Hlebec, V. (2005). Starostniki in njihova vpetost v sosedstva omrežja. *Družboslovne razprave*, 21 (49/50), 205–221.
4. First Aid Education European Network (2013). *First Aid Training for Older People Trainer Guide*. Paris: The Global First Aid Reference Centre.
5. Hlebec, V. (ur.) (2009). *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej.
6. Howard, R. in Houghton, C. (2012). Improving Parental First Aid Practices. *Emergency Nurse* (3), 14–19.
7. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2015). *World First Aid Day-12 September 2015. WFAD Concept Note*. Geneva.
8. Krašovec Jelenc, S. in Kump, S. (2011). Udeležba starejših odraslih v izobraževanju v Sloveniji. V V. Hlebec (ur.), *Starejši ljudje v družbi sprememb* (str. 203–221). Maribor: Aristej.
9. Milavec Kapun, M. (2011). *Starost in staranje*. Ljubljana: Zavod IRC.
10. Mitzner, T. L., Beer, J. M., McBride, S. E., Rogers, W. A. in Fisk, A. D. (2009). Older Adults Needs for Home Health Care and the Potential Human Factors Interventions. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, 53, 718–722.
11. Neset, A., Birkenes, T. S., Myklebust, H., Mykletun, R. J., Odegaard, S. in Kramer Johansen, J. (2010). A randomized trial of the capability of elderly lay persons to perform chest compression only CPR versus standard 30:2 CPR. *Resuscitation*, 81 (7), 887–892.
12. Poplas, Susič, T. (2012). Kvalitativno raziskovanje v medicini: fokusne skupine in delfska metoda. V F. Adam, V. Hlebec, M. Kavčič, M. Mrzel, D. Podmenik, T. Poplas Susič, idr. (ur.), *Kvalitativno raziskovanje v interdisciplinarni perspektivi* (str. 97–123). Ljubljana: Inštitut za razvojne in strateške analize.
13. Požar, B. (1996). Rehabilitacija v starejših letih. *Obzornik zdravstvene nege*, 30, 33–36.
14. Rajapakse, R., Noč, M. in Kersnik, J. (2010). Public knowledge of cardiopulmonary resuscitation in Republic of Slovenia. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 122 (23/24), 667–672.
15. Richman, P., Bobrow Bentley, J., Clark, L., Noelck, N. in Sanders, A. B. (2007). Ability of citizens in a senior living community to perform lifesaving cardiac skills. *The Journal of Emergency Medicine*, 33 (4), 395–399.
16. Schonwetter, R. S., Walker, R. M., Kramar, R. D. in Robinson, B. E. (1994). Socioeconomic Status and Resuscitation Preferences in the Elderly. *The Journal of Applied Gerontology*, 13 (2), 157–171.
17. Simončič, J. (2013). Ukinjanje tečaja prve pomoči bi bil korak nazaj. *Delo*, 19. 3. 2013. Pridobljeno 20. 9. 2015, s <http://www.times.si/zanimivosti/ukinitev-tecaja-prve-pomoci-bi-bil-korak-nazaj--c196f567a9-4766acf196.html>.
18. Šircelj, M. (2009). Staranje prebivalstva v Sloveniji. V V. Hlebec (ur.), *Starejši ljudje v družbi sprememb* (str. 15–45). Maribor: Aristej.
19. Vertot, N. (2009). Prebivalstvo Slovenije danes in jutri, 2008–2060. *Projekcije prebivalstva EUROPOP2008 za Slovenijo* (str. 119). Ljubljana: SURS.
20. Walker, A. R. P. (2002). A lesson from travel: first aid is needed before medical knowledge in emergency elderly care. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*, 122 (1), 10.
21. Wolley, D. C., Medvene, L. J., Kellerman, R. D., Base, M. and Mosack, V. (2006). Do Residents Want Automated External Defibrillators in Their Retirement Home? *Journal of the American Medical Directors Association*, 7 (3), 135–140.

# Dokumentiranje zdravstvene obravnave v bolnišnici

UDK 614.21:002.01

**KLJUČNE BESEDE:** dokumentiranje, zdravstvena obravnava, medicinska sestra, bolnišnica, pacient

**POVZETEK** - V zdravstveni negi nas želja, da bi dosegli rezultate izboljšanja njene kakovosti in preglednost učinkovitosti zdravstvene nege, vodi do spoznanja, da je to v zdravstveni obravnavi pomembno tudi na področju dokumentiranja podatkov v bolnišnici. Izboljšave v zdravstveni negi je mogoče doseči z uvedbo sprememb in novih znanj z računalniškim dokumentiranjem (računalniško podprt klinično informacijski sistem). Cilj raziskave je bil proučiti obstoječi način dokumentiranja zdravstvene obravnave pacientov, zlasti razmerje med papirno dokumentacijo in računalniškim dokumentiranjem. V raziskavo smo vključili medicinske sestre in druge delavce v zdravstvu. Z vprašalnikom smo želeli raziskati zadovoljstvo medicinskih sester z obstoječim načinom dokumentiranja zdravstvene obravnave bolnikov na način papirne dokumentacije oziroma računalniške dokumentacije. V rezultatih predstavimo želje/mnenja medicinskih sester po uvajanju sprememb v obstoječem načinu dokumentiranja zdravstvene obravnave pacientov.

UDC 614.21:002.01

**KEY WORDS:** documentation, medical treatment, nurse, hospital, patient

**ABSTRACT** - To improve quality and effectiveness of healthcare, as well as its transparency, one of the important aspects is the documentation of data obtained during treatment of the patient in a hospital. Improvements in healthcare can be achieved through the introduction of changes and new skills with computer documentation (computerised clinical information system). The aim of this study was to investigate the existing method of documenting medical treatments of patients, in particular, the ratio between the documentation on paper and computer documentation. The study included nurses and other healthcare workers. Using a questionnaire, we investigated the nurses' satisfaction with the current way of documenting the nursing procedures and medical treatments of patients, i.e. by using paper documents or computer records. The research thus presents the nurses' attitude towards introducing changes in the existing mode of documenting (computerisation of documenting system).

## 1 Uvod

Dokumentiranje zdravstvene obravnave je temelj varne in kakovostne obravnave posameznika. Ustrezno dokumentiranje je hkrati temelj razvoja na dokazih osnovane zdravstvene nege. Medicinske sestre dokumentiranje dojemajo kot pomemben del delovnih nalog, saj omogoča kontinuiteto zdravstvene nege kar vodi v večjo kakovost dela ter varnost pacientov (Petkovšek-Gregorin in Skela-Savič, 2015). Pogosto pa medicinske sestre dokumentiranje dojemajo tudi kot zahtevano, vendar zamudno opravilo, na račun katerega imajo manj časa za delo s svojimi pacienti. Razvoj elektronskega dokumentiranja zdravstvene nege oziroma zdravstvene obravnave pa daje dokumentiranju nov in bolj dolgoročen pomen (Bowles, 2014).

Svet je v središču informacijske revolucije, zato bo elektronska dokumentacija kmalu v celoti izpodrinila uporabo papirne dokumentacije. Z dokumentiranjem lahko spremeljamo izboljševanje kakovosti pri obravnavi pacientov, dokumentacija pa služi tudi kot pravna zaščita ob morebitnih neželenih dogodkih. Dokumentiranje je pomemben

element sodobne zdravstvene nege (Hajdinjak in Meglič, 2006 v Žlak in Filej, 2011). Dokumentiranje zdravstvene nege, zdravstvene vzgoje in pomembnih dogajanj v zdravstvenem timu je v Sloveniji v različnih zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih različno urejeno. Uporabljajo se tudi različni obrazci in zbirajo različni podatki. Očitno velika raznolikost zahteva poenotenje (Žlak in Filej, 2011).

## 2 Teoretična izhodišča

Dokumentiranje je zbiranje, urejanje in zapisovanje vseh podatkov – pisna informacija, ki je v zdravstveni negi potrebna, lahko je tudi računalniško podprta. Zdravstvena nega mora biti dokumentirana, imeti mora svojo dokumentacijo (negovalno dokumentacijo). V zdravstveni negi nikakor ne smemo govoriti o administraciji, temveč o dokumentiranju, kar je bistvenega pomena za celostno obravnavo pacientov. Sistematična zdravstvena nega in celostna obravnava pacienta, ki jo omogoča dokumentiranje skozi vse faze procesa zdravstvene nege, podprto z računalnikom, daje možnosti za kakovostnejše in zanesljivejše delo (Geč, 1999).

Medicinske sestre se pri svojem delu vsakodnevno srečujemo z množico podatkov, ki nastajajo pri pacientu na področju zdravstvene nege. Ti podatki nam dajo pomembne informacije, ki jih beležimo in s tem ustvarjamo dokumente. Z zbirko dokumentov pa ustvarimo dokumentacijo. Za izdelavo ustrezne dokumentacije zdravstvene nege izhajamo iz potreb stroke idr. elovanja specialistov z znanji informacijske tehnologije. Izdelava prototipne verzije omogoča uporabnikom, da se z dokumentom seznanijo, ga pregledajo, popravijo in ga pripravijo kot delovno verzijo. Dokument mora biti fleksibilen z možnostjo dopolnjevanja. Zdravstvene nege si danes brez ustrezne dokumentacije ne moremo več predstavljati, dokument pa nikoli ni dokončan (Blažič, 2014). Naka (2006) v svojem članku navaja, da je osnovni namen dokumentiranja zdravstvene nege čim bolj prikazati opravljeno zdravstveno nego, ki jo je pacient prejel, prikazati njeno stanje in potek dogodkov v času obravnave.

Z dobro strojno in programsko opremo lahko omogočimo elektronsko dokumentacijo zdravstvene nege. Uvedba zdravstvenih informacijskih sistemov v zdravstvenih zavodih je bila sprva pomoč administrativnemu osebju za obračunavanje zdravstvenih storitev ter za ekonomske in statistične namene, kasneje pa tudi za uvedbo v klinično okolje, kar je vplivalo na spremembe pri delu in posledično zmanjšano zadovoljstvo na delovnem mestu (Blažič, 2014). Vzroki za nastanek odpora do teh sprememb so predvsem nerealistična pričakovanja tradicionalnih postopkov, nezadostno vključevanje uporabnikov pri oblikovanju informacijskega sistema, izboljševanje sistema kot nov način dela in navsezadnje strah do neznanega (Priatelj in Črv, 2004 v Blažič, 2014). Za zmanjšanje odpora pri uvajanju informacijskega sistema za področje zdravstvene nege je nujno potrebno sodelovanje med informatiki in medicinskimi sestrami (Blažič, 2014). Elektronska dokumentacija je sistem, ki uporablja računalniško opremo in specializirano programsko opremo z namenom zbiranja, shranjevanja, obdelo-

vanja, razvrščanja, tiskanja in prikazovanja zdravstvenih podatkov o pacientu, ki so potrebni za analizo kliničnih podatkov (Aiken, 2004 v Blažič, 2014).

Razvoj elektronskega dokumentiranja zdravstvene obravnave išče različne informacijske rešitve, ki bi omogočale učinkovito e-dokumentacijo zdravstvene nege oziroma zdravstvene obravnave v širšem pomenu (Rajkovič, 2010; Prinčič in Purkart, 2015). Učinkovita e-dokumentacija zdravstvene nege omogoča celovito obravnavo pacienta. Dokumentacija, ki temelji na oceni 14 temeljnih življenjskih aktivnosti, je lahko v pomoč pri odločanju ob načrtovanju zdravstvene nege (Rajkovič, 2010). Razvoj naprednih kliničnih informacijskih sistemov omogoča izgradnjo modelov kliničnih podatkov, izboljšuje medsebojno komunikacijo v negovalnem timu, povečuje razpoložljivost podatkov o pacientu, izboljšuje organizacijo dela, omogoča večji nadzor nad vsemi fazami zdravljenja pacienta, ponuja hitro in zanesljivo obdelavo podatkov ter visoko razpoložljivost statističnih poročil (Prinčič in Purkart, 2015).

Informacijski sistemi v zdravstveni negi so odsotni v večini ustanov, kjer se izvaja zdravstvena nega. Analiza je pokazala, da je v ustanovah, kjer so zgodaj prevzeli informacijske sisteme s podporo za odločanje, prišlo do izboljšanja kvalitete oskrbe pacientov (Gregory, 2008 v Tandler, 2011).

Kljub uporabi informacijske tehnologije se na področju zdravstvene nege še vedno ustvarjajo podatki v papirni obliki, kar privede do podvajanja podatkov in dokumentov. Implementacija elektronskega beleženja podatkov lahko predstavlja problem pri izvajalcih. Slabo interdisciplinarno sodelovanje, slabo delovno vzdušje, pomanjkanje računalnikov na delovnem mestu, neenotna terminologija ter strah pred računalniškimi okvarami in izgubami podatkov vodijo medicinske sestre k nastajanju in shranjevanju papirne oblike dokumentacije. (Blažič, 2014).

Aiken (2004 v Blažič, 2014) navaja prednosti elektronske dokumentacije zdravstvene nege, in sicer: prihranek časa in denarja, izboljšanje kakovosti beleženja, izboljšanje kakovosti zdravstvene nege, možnost vrednotenja negovalnih problemov s pomočjo računalniškega programa, interdisciplinarno sodelovanje, zmanjšanje papirne birokracije, zmanjšanje prirejanja podatkov, podpora individualnega in holističnega pristopa k pacientu, zmanjšanje odvečnih dokumentov, možnost grafičnega pregleda podatkov, omogočanje samodejnega tiskanja poročil, negovalna dokumentacija je pripravljena glede na kategorizacijo pacienta, poznavanje pacientovih odzivov in rezultatov zdravstvene nege je izboljšano, izboljšanje dostopnosti informacij za raziskovalne namene, možna je uporaba pacientovih podatkov z več računalnikov hkrati. Avtor omenja tudi slabosti elektronskega beleženja zdravstvene nege kot so namerna in nenamerna izdaja zaupnih podatkov, izbris pacientovih podatkov, vnos nepravilnih podatkov o pacientu v računalnik, sprejemanje negovalnih intervencij na podlagi nepravilnih podatkov. Tudi Prijatelj idr. (2011) navajajo, da uporaba sodobne informacijske komunikacijske tehnologije (IKT) v kliničnem okolju in e – dokumentacija prinašata številne prednosti kot so prihranek časa pri zapisovanju in posredovanju podatkov, zmanjšanje napak zaradi prepisovanja podatkov, večja berljivost in točnost podatkov, uporaba standardiziranega izrazoslovja, hitrejša in enostavnejša izvajanje statističnih analiz,

podpora kritičnemu razmišljanju in odločanju, nov način organiziranja dokumentacije in kakovostna interdisciplinarna komunikacija.

Čeprav je elektronska dokumentacija procesa zdravstvene nege zelo učinkovita, se zaradi specifičnih organizacijskih struktur, v katerih zdravstvene ustanove delujejo, končni rezultat uporabe novih tehnologij pogosto kaže v večjih obremenitvah in ne v razbremenitvah osebja zdravstvene nege (Prinčič in Purkart, 2015).

IKT je postala sestavni del našega življenja, okolja kjer živimo in delamo. S hitrim razvojem IKT se spreminja tudi delovno okolje v katerem deluje medicinska sestra (Ball idr., 2000; Prijatelj in Črv, 2004 v Prijatelj, Dornik, Rajkovič in Žvanut, 2011). Podatki, ki se zbirajo v procesu zdravstvene nege se uporabljajo v različne namene kot so zagotavljanje kontinuitete zdravstvene nege, izvajanje procesa zdravstvene nege, izvajanje varne zdravstvene oskrbe, obračun izvedenih storitev in porabljenega materiala, izobraževanje, raziskovanje in nadzor nad izvajanjem in kakovostjo zdravstvene oskrbe ter za potrebe statističnih analiz. Informacija je temelj kakovostne in varne zdravstvene oskrbe in se kot taka ne sme več beležiti v papirnati obliki (Thede in Sewell, 2010 v Prijatelj idr., 2011). Kljub izvajanju projektov na področju informatizacije zdravstvene nege na nacionalni ravni in vključenost slovenskih strokovnjakov v mednarodne projekte, rezultati raziskav kažejo, da je e – dokumentiranje na področju zdravstvene nege v Sloveniji še v začetnih fazah, vendar jih lahko označimo kot pozitivne spremembe (Prijatelj in Črv, 2004; Prijatelj in Trenz, 2010; Prijatelj idr., 2011).

### 3 Metodologija

Namen raziskave je bil, da s pomočjo primarnih podatkov, zbranih z anketiranjem ugotoviti način dokumentiranja zdravstvene obravnave pacientov, preučiti mnenja medicinskih sester o obstoječem načinu dokumentiranja zdravstvene obravnave pacientov in njihovo željo oziroma pripravljenost po uvajanju sprememb v obstoječem načinu dokumentiranja zdravstvene obravnave pacientov.

Uporabili smo deskriptivno metodo dela s pregledom strokovne literature in kvantitativno tehniko zbiranja podatkov z izvedbo anketnega vprašalnika. Na osnovi študije literature in virov je bilo v raziskavi postavljenih 19 vprašanj, od katerih smo s 15 vprašanji želeli raziskati obstoječ način dokumentiranja zdravstvene obravnave pacientov. Za pridobljene podatke smo izvedli statistično analizo s pomočjo programske opreme za analiziranje družboslovnih podatkov SPSS (Statistical package for Social Sciences). Osnovno statistiko in korelacijsko analizo smo izvedli s programskim paketom IBM SPSS 19.

Ker smo na osnovi izsledkov te raziskave želeli predvideti možnosti za izboljšave v praksi, smo za analiziranje obstoječih načinov dokumentiranja zdravstvene obravnave pacientov uporabili primarne podatke iz opravljene kvantitativne raziskave, ki smo jo izvedli skupaj s študenti Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto in Visoke šole za upravljanje in poslovanje Novo mesto. Na osnovi uporabe teh podatkov smo pripravili lastne izračune. V nadaljevanju predstavljamo rezultate raziskave, ki je bila izvedena



v okviru projekta, imenovanega »Po kreativni poti do praktičnega znanja«. Anketiranje je bilo izvedeno v mesecu juniju 2015.

Vir uporabljenih podatkov predstavlja vzorec 47 anketiranih medicinskih sester, ki se na delovnem mestu vsakodnevno srečujejo z dokumentiranjem zdravstvene obravnave pacientov. V raziskavo je bil vključen namenski vzorec diplomiranih medicinskih sester (DMS) in srednjih medicinskih sester (SMS) iz SB Brežice. K raziskavi so bili povabljeni vsi izvajalci zdravstvene nege, tj. 80 srednjih medicinskih sester / zdravstvenih tehnikov in 68 diplomiranih medicinskih sester / diplomiranih zdravstvenikov. Vrnjenih je bilo 47 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja odgovore skoraj tretjine vseh zaposlenih medicinskih sester (31,8 %). Najnižja starost medicinskih sester je bila 20 let in najvišja 58 let. Največ MS, ki so predstavljale več kot 40 % vseh anketiranih, je bilo starih med 20 in 30 let. V tem starostnem razredu je bilo 50 % SMS in 32 % DMS. Izmed vseh MS je bilo starih 50 ali več let 13,6 % SMS in 24 % DMS.

## 4 Rezultati

Anketirane medicinske sestre navajajo, da pri dokumentiranju zdravstvene obravnave pacientov v največjem deležu (57,4 %) uporabljajo način papirne dokumentacije, v 38,3 % uporabljajo oba načina dokumentiranja in le dve medicinski sestri izmed vseh (4,3 %) uporabljata le elektronski način dokumentiranja. Izmed vseh srednjih medicinskih sester jih kar 63,6 % uporablja le način papirne dokumentacije. Ta delež je z 52,0 % visok tudi pri vseh diplomiranih medicinskih sestrah. Oba načina dokumentiranja uporablja 44 % vseh diplomiranih medicinskih sester in manj kot tretjina (31,8 %) vseh srednjih medicinskih sester. Uporaba le računalniškega načina dokumentiranja je pri obeh skupinah medicinskih sester nižja od 5 %.

Zadovoljstvo DMS in SMS z obstoječim dokumentiranjem zdravstvene obravnave pacientov na način papirne dokumentacije oziroma računalniške dokumentacije smo ugotovili s pomočjo 5- stopenjske lestvice Likertovega tipa, kjer je ocena 1 pomenila, da je medicinska sestra s trditvijo zelo nezadovoljna, 2 – nezadovoljna, 3 – se ne more opredeliti, 4 – zadovoljna in ocena 5 – zelo zadovoljna. V tabeli 1 prikazujemo deleže zadovoljstva s posamezno trditvijo o obstoječem dokumentiranju zdravstvene obravnave pacientov, povprečno oceno posamezne trditve ( $\bar{x}$ ) in standardni odklon (SD).

Iz tabele 1 je razvidno, da so anketiranci v najvišjem deležu (40,4 %) zadovoljni s papirnim dokumentiranjem zdravstvene obravnave pacientov (12 DMS in 7 SMS). Iz podatkov ugotovimo, da je le malo nižji delež takih anketirancev, ki se glede zadovoljstva s papirnim dokumentiranjem zdravstvene obravnave pacientov niso opredelili. Pri tej trditvi je največji delež takih, ki se ni opredelila glede zadovoljstva s papirnim dokumentiranjem zdravstvene obravnave pacientov, tako znaša povprečna ocena zadovoljstva z uporabo elektronskega načina dokumentiranja:  $\bar{x} = 3,23$ . Nizek odstotek vseh anketirancev se opredeli kot zelo zadovoljni (2,1 %) in zelo nezadovoljni (2,1 %) z obstoječim načinom papirnega dokumentiranja.

Tabela 1: Zadovoljstvo s papirnim dokumentiranjem zdravstvene obravnave pacientov

		Zelo nezadovoljen 1	2	Neopredeljen 3	4	Zelo zadovoljen 5	Skupaj	$\bar{x}$	SD
DMS	f	1	6	6	12	0	25	3,16	0,94
	% vseh MS	2,1	12,8	12,8	25,5	0,0	53,2		
SMS	f	0	2	12	7	1	22	3,32	0,72
	% vseh MS	0,0	4,3	25,5	14,9	2,1	46,8		
Skupaj	f	1	8	18	19	1	47	3,23	0,84
	% vseh MS	2,1	17,0	38,3	40,4	2,1	100,0		

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

V tabeli 2 prikazujemo deleže zadovoljstva o obstoječem računalniškem dokumentiranju zdravstvene obravnave pacientov, povprečno oceno posamezne trditve ( $\bar{x}$ ) in standardni odklon (SD). 6 (12,8 %) izmed vseh anketiranih medicinskih sester ni odgovorilo na zastavljeno vprašanje (3 DMS in 3 SMS).

Tabela 2: Zadovoljstvo z računalniškim dokumentiranjem zdravstvene obravnave pacientov

		Zelo nezadovoljen 1	2	Neopredeljen 3	4	Zelo zadovoljen 5	Skupaj	$\bar{x}$	SD
DMS	f	1	3	11	7	0	22	3,09	0,81
	% vseh MS	2,4	7,3	26,8	17,1	0,0	53,7		
SMS	f	0	2	11	5	1	19	3,26	0,73
	% vseh MS	0,0	4,9	26,8	12,2	2,4	46,3		
Skupaj	f	1	5	22	12	1	41	3,17	0,77
	% vseh MS	2,4	12,2	53,7	29,3	2,4	100,0		

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Iz tabele 2 je razvidno, da so anketiranci, ki so odgovorili na zastavljeno vprašanje v najvišjem deležu (53,7 %) neopredeljeni glede zadovoljstva z računalniškim dokumentiranjem zdravstvene obravnave pacientov (11 DMS in 11 SMS). Iz podatkov ugotovimo, da je manj kot tretjina takih anketirancev, ki so z računalniškim dokumentiranjem zdravstvene obravnave pacientov zadovoljni. Tudi v primeru te trditve se zelo nizek odstotek vseh anketirancev opredeli kot zelo zadovoljni (2,4 %) in zelo nezadovoljni (2,4 %) s tem načinom dokumentiranja.

Čeprav se diplomirane medicinske sestre niso opredelile glede tega, da bi bile zelo zadovoljne z enim izmed načinov dokumentiranja, je iz tabele 1 in 2 razvidno, da so diplomirane medicinske sestre v večjem deležu zadovoljne z obstoječim papirnim dokumentiranjem zdravstvene obravnave pacientov (25,5 %) kot srednje medicinske sestre (17,1 %). Podobno ugotovimo tudi pri računalniškem načinu dokumentiranja. Veliko

število medicinskih sester se glede zadovoljstva z obstoječim načinom dokumentiranja zdravstvene obravnave pacientov ni opredelilo. Glede papirnega dokumentiranja se ni opredelilo 40,4 % medicinskih sester in glede računalniškega dokumentiranja več kot polovica vseh medicinskih sester. Iz rezultatov ugotovimo, da so anketiranci v povprečju neopredeljeni glede papirnega načina dokumentiranja ( $\bar{x} = 3,23$ ) in tudi računalniškega načina dokumentiranja ( $\bar{x} = 3,17$ ) zdravstvene obravnave pacientov.

Ker je bil cilj raziskave raziskati tudi trenutno stanje obstoječega računalniško podprtega kliničnega informacijskega sistema in hkrati na osnovi rezultatov predlagati spremembe za posodobitev računalniško podprtega kliničnega informacijskega sistema, smo podrobneje raziskali obstoječ/prihodnji računalniški informacijski sistem. Četrtna (25,5 %) medicinskih sester je pri vprašanju glede njihovega znanja uporabe računalnika ocenila, da je njihovo znanje odlično, 19 %, da je prav dobro, največji delež pa jih ocenjuje (40,4 %), da je njihovo znanje dobro (36,0 % DMS in 45,5 % SMS). 12,8 % jih ocenjuje, da je znanje uporabe računalnika zadostno. Ena medicinska sestra na vprašanje ni odgovorila.

Kakšno je mnenje medicinskih sester o spremembi računalniško podprtega kliničnega informacijskega sistema (RIS) prikazujemo v tabeli 3. Pri tem vprašanju smo anketirancem ponudili tri možne odgovore.

Tabela 3: Mnenje anketirancev o želji po spremembi RIS

		<i>Da</i>	<i>Ne</i>	<i>Se ne morem opredeliti</i>	<i>Skupaj</i>
DMS	f	9	6	10	25
	f v %	36,0	24,0	40,0	100,0
	% vseh MS	19,1	12,8	21,3	53,2
SMS	f	4	2	16	22
	f v %	18,2	9,1	72,7	100,0
	% vseh MS	8,5	4,3	34,0	46,8
Skupaj	f	13	8	26	47
	f v %	27,7	17,0	55,3	100,0
	% vseh MS	27,7	17,0	55,3	100,0

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Iz rezultatov raziskave ugotovimo, da ima manj kot tretjina (27,7 %) vseh medicinskih sester željo po spremembi obstoječega računalniško podprtega kliničnega informacijskega sistema. Med medicinskimi sestrami, ki si želijo spremembe v računalniško podprtem informacijskem sistemu je 36 % diplomiranih medicinskih sester in 18,2 % srednjih medicinskih sester (tabela 3). 17 % anketiranih (8 medicinskih sester) nima želje po spremembi, največ, 26 medicinskih sester (55,3 %) pa se glede vprašanja ni opredelilo. Med vsemi srednjimi medicinskimi sestrami se kar 72,7 % medicinskih sester ni opredelilo glede vprašanja spremembe obstoječega računalniško podprtega kliničnega sistema (tabela 3). Ugotovljene rezultate lahko povežemo z drugimi pridobljenimi izkušnjami in poznavanjem drugih računalniških sistemov, saj pri raziskovanju ugotovimo, da imata le dve diplomirani medicinski sestri izmed vseh

anketiranih medicinskih sester izkušnje z drugim sistemom, ki ga uporabljajo v drugi ustanovi. 8 diplomiranih medicinskih sester in 5 srednjih medicinskih sester je navedlo, da »so nekaj malega izvedeli na strokovnih srečanjih«, torej le poznajo nekatere od drugih računalniških informacijskih sistemov, nimajo pa izkušenj in ne spremljajo dostopnih informacij o novih računalniško podprtih programih. Glede tega vprašanja je več kot polovica medicinskih sester (55,3 %; 12 diplomiranih medicinskih sester in 14 srednjih medicinskih sester) navedla, da ne pozna drugih računalniških informacijskih sistemov.

44,7 % vseh medicinskih sester meni (13 DMS, kar predstavlja 52,0 % vseh DMS in 8 SMS, 36,4 % vseh SMS), da jim obstoječi način računalniškega dokumentiranja podatkov doprinese k boljši organizaciji in učinkovitejši uporabi časa. Na vprašanje, na kateri vrsti elektronske naprave bi jim najbolj ustrezalo delo za dokumentiranje zdravstvene obravnave, jih največ, 20 medicinskih sester (42,6 %) trdi, da tablični računalnik. 31,9 % medicinskih sester odgovarja, da bi jim za dokumentiranje zdravstvene obravnave najbolj ustrezal računalnik in 19,1 % pametni telefon. Skoraj tretjina (29,8 %) medicinskih sester je glede potrebne opremljenosti oddelkov z računalniki mnenja, da zadošča sedanja opremljenost oddelkov z računalniki.

Glede trenutne opremljenosti oddelkov z računalniki in potrebe, da bi lahko v celoti prešli na elektronsko dokumentiranje zdravstvene obravnave in tako opustili papirno dokumentacijo, pa jih večina meni, da so potrebne spremembe. Skoraj 60 % medicinskih sester z obstoječo opremljenostjo oddelkov z računalniki ni zadovoljna. Več kot tretjina jih meni, da bi potrebovali večje število računalnikov (34,0 %) in četrtnina (25,5 %), da bi potrebovali prenosne ali tablične računalnike, ki bi jih nosili s sabo za sprotno beleženje zdravstvene obravnave pacientov.

Prav tako jih četrtnina meni, da bi morala biti v vsaki bolniški sobi nameščena računalniška enota (8,5 % vseh DMS in 17,0 % vseh SMS). Izmed vseh medicinskih sester, ki so odgovorile na vprašanje, katere možnosti vnašanja podatkov omogoča obstoječi računalniško podprt klinični informacijski sistem, jih 80 % meni, da ta omogoča administracijo (sprejem pacienta, odpust pacienta, osnovni podatki o pacientu). 76 % anketiranih meni, da omogoča računalniško podprt sistem obračun storitev in posegov, hkrati pa jih enak delež meni, da omogoča elektronsko pregledovanje laboratorijskih izvidov za pacienta. Svoje mnenje glede možnosti vnašanja podatkov, ki jih omogoča obstoječi računalniško podprt klinični informacijski sistem pa so medicinske sestre izrazile tudi glede laboratorija, terapije, načrta zdravstvene nege, sprejema in odpusta pacienta, pregleda vseh ležečih na oddelku, opazovanja stanja pacienta in drugo.

## 5 Razprava in sklep

Čeprav lahko glede na rezultate raziskave podamo določene ugotovitve na temo novih informacijskih sistemov za podporo zdravstvene nege, jih ne moremo posplošiti na celotno Slovenijo. Da bi svoje ugotovitve lahko posplošili na vse medicinske sestre v

Sloveniji, bi morali v raziskavo zajeti večje število omenjene skupine anketirancev iz celotne Slovenije.

Ugotovili smo, da anketiranci v praksi pri dokumentiranju zdravstvene obravnave pacientov v največjem deležu (57,4 %) uporabljajo način papirne dokumentacije. Izmed vseh srednjih medicinskih sester jih kar 63,6 % uporablja le način papirne dokumentacije. V 38,3 % uporabljajo anketirani oba načina dokumentiranja, kar potrjuje tudi navedba Blažič (2014), da kljub uporabi informacijske tehnologije se na področju zdravstvene nege še vedno ustvarjajo podatki v papirni obliki, kar privede do podvajanja podatkov in dokumentov. Le dve medicinski sestri izmed vseh (4,3 %) uporabljata elektronski način dokumentiranja.

Te rezultate raziskave, kjer več kot polovica anketiranih večinoma uporablja način papirne dokumentacije in se več kot polovica vseh medicinskih sester glede zadovoljstva z računalniškim načinom dokumentiranja zdravstvene obravnave bolnikov ni opredelila, lahko povežemo z ugotovijo, da ima manj kot tretjina vseh medicinskih sester željo po spremembi obstoječega računalniško podprtega kliničnega informacijskega sistema.

Med medicinskimi sestrami, ki si želijo spremembe v računalniško podprtem informacijskem sistemu je 36 % diplomiranih medicinskih sester in 18,2 % srednjih medicinskih sester. 17 % anketiranih nima želje po spremembi, največji pa je delež tistih, ki se 55,3 % glede vprašanja niso opredelili. Iz rezultatov ugotovimo, da so diplomirane medicinske sestre v višjem deležu zadovoljne z elektronskim načinom dokumentiranja zdravstvene obravnave bolnikov kot srednje medicinske sestre. Več kot 44 % medicinskih sester je pri vprašanju glede njihovega znanja uporabe računalnika ocenila, da je njihovo znanje odlično, ali prav dobro. Podobna je ocena znanja uporabe tabličnega računalnika. Glede najbolj ustrezne vrste elektronske naprave za delo za namen dokumentiranja zdravstvene obravnave jih je največ, 42,6 % anketiranih medicinskih sester mnenja, da bi bil najprimernejši tablični računalnik, 31,9 %, jih trdi, da bi jim najbolj ustrežal računalnik in 19,1 % pametni telefon.

Glede trenutne opremljenosti oddelkov z računalniki in potrebe, da bi lahko v celoti prešli na elektronsko dokumentiranje zdravstvene obravnave in tako opustili papirno dokumentacijo, večina medicinskih sester meni, da so potrebne spremembe. Kljub temu, da jih 44,7 % vseh medicinskih sester meni (13 DMS kar predstavlja 52,0 % vseh DMS in 8 SMS, 36,4 % vseh SMS), da jim obstoječi način računalniškega dokumentiranja podatkov doprinese k boljši organizaciji in učinkovitejši uporabi časa, kar potrjujejo tudi navedbe Prijatelj idr. (2011), da uporaba (IKT) v kliničnem okolju in e – dokumentacija prinaša številne prednosti, bi bilo potrebno spremeniti obstoječi računalniško podprt klinični informacijski sistem izboljšati in ga hkrati bolj razširiti tudi med srednje medicinske sestre, ki v večji meri uporabljajo način papirne dokumentacije.

Svet je v središču informacijske revolucije, zato bo elektronska dokumentacija kmalu v celoti izpodrinila uporabo papirne dokumentacije (Hajdinjak in Meglič, 2006 v Žlak in Filej, 2011).

## LITERATURA

1. Aiken, T. D., R. N., BSN, JD (2004). *LEGAL, Ethical and Political Issues in Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
2. Blažič, M. (2014). Dokumentacija zdravstvene nege in interdisciplinarnost. V M. Blažič (ur.), *Interdisciplinarno povezovanje za pretok znanja med teorijo in prakso*. Zbornik prispevkov. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.
3. Geč, T. (1999). Razumevanje in razlaga računalniških informacij, ki spremljajo celostno obravnavo varovancev. V M. Šlajmer Japelj (ur.), *Kontinuirana zdravstvena nega, spremljana z računalnikom* (str. 26–27). Maribor: Visoka zdravstvena šola.
4. Bowles, K. H. (2014). Developing evidence-based tools from EHR data *Nurs Manage*. 45 (4), 18–20.
5. Naka, S. (2006). Pomen dokumentacije v zdravstveni negi. V I. Rijavec (ur.), *Dokumentiranje v procesu zdravstvene nege kirurškega bolnika* (str. 4–7). Ljubljana: Zbornica – Zveza.
6. Petkovšek-Gregorin, R. in Skela-Savič, B. (2015). Nurses' perceptions and attitudes towards documentation in nursing (Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi). *Obzornik zdravstvene nege*, 49 (2), 106–125. Pridobljeno 10. 11. 2015, s [http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=fe29ef72-ceed-4468-99ee-83721b5a6aca](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=fe29ef72-ceed-4468-99ee-83721b5a6aca).
7. Prijatelj, V., Dornik, E., Rajkovič, U. in Žvanut, B. (2011). Razvoj informatike v zdravstveni negi v Sloveniji. V E. Dornik in V. Prijatelj (ur.). Ljubljana: Slovensko društvo za medicinsko informatiko, Sekcija za informatiko v zdravstveni negi.
8. Prijatelj, V. in Črv, M. (2004). Načrtovanje in uvajanje informacijskega sistema zdravstvene nege. *Inform med Slov*, 9 (1–2), 63–67.
9. Prinčič, B. in Purkart, M. (2015). Celostna obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu. Zbornik prispevkov. V N. Kregar Velikonja in M. Blažič (ur.). *Elektronsko podprta zdravstvena nega*. (str. 52–56). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
10. Rajkovič, U., Zupančič, J. in Šušteršič, O. (2010). *Sistemski pristop k oblikovanju e - dokumentacije zdravstvene nege*. Doktorska disertacija. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede. Pridobljeno 10. 11. 2015, s <http://dk2010.um.si/Dokument.php?id=14275>.
11. Trandler, I. (2011). Vloga medicinske sestre s specialističnimi znanji pri izdelavi hospitalnega informacijskega sistema za preprečevanje razjede zaradi pritiska. V M. Berkopec (ur.). *3. Dnevi Marije Tomšič. Ali bo e-zdravju sledila e-zdravstvena nega?* Novo mesto: SB Novo mesto, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto.

# Odnos med medicinskimi sestrami in starejšimi pacienti na njihovem domu

UDK 616-083:649

**KLJUČNE BESEDE:** odnosi, medicinske sestre, bolniki, nega na domu, starejši pacienti, zdravstvena nega

**POVZETEK** - V zadnjih letih se je povečalo število starostnikov, ki imajo zdravstveno nego na svojem domu. Ta trend je posledica številnih med seboj povezanih dejavnikov, kot so staranje prebivalstva, spremenjene vloge na področju varstva starejših in premik od akutnih k bolj kroničnim boleznim. Ker se nega na domu izvaja izven tradicionalnih institucionalnih okolij in je največkrat skrita pred javnimi in profesionalnimi pogledi, sproža vprašanja o družbenih dimenzijah zdravstvene nege ter spremenjenih vlogah medicinske sestre in pacienta v domači situaciji. Na področju preučevanja narave odnosa med medicinskimi sestrami in starejšimi pacienti v njihovem domu je bilo izvedenih malo raziskav. Cilj študije je ugotoviti, kakšen je odnos med medicinskimi sestrami in starejšimi pacienti v njihovem domu ter kakšna je kakovost zdravstvene nege v tem okolju. Študija raziskuje kompleksno naravo odnosa med medicinskimi sestrami in starejšimi pacienti. Medicinske sestre, ki izvajajo nego na domu, izražajo potrebo po jasni določitvi svoje vloge, narave odnosa in drugih zadevah, povezanih z določitvijo profesionalne meje v pacientovem domu.

UDC 616-083:649

**KEY WORDS:** relationships, nurses, patients, home care, elderly patients, nursing care

**ABSTRACT** - In recent years, elderly people are increasingly receiving nursing care at their home. This trend is the result of a number of interconnected factors, such as aging of the population, changes in the caring roles, and a shift from acute illnesses to chronic conditions. Since nursing care at home is performed outside the traditional institutional settings, largely hidden from public and professional views, it raises questions regarding the social dimension of such nursing care and changed roles in the patient's home situation. Little research has been performed on the nature of the relationships between patients and nurses at patients' homes. The aim of this study is to find out the nature of the relationships between nurses and elderly patients at their homes and the quality of nursing care within this setting. The study defines the complex nature of relations between nurses and elderly patients. Nurses working at the patients' homes express the need for a clear definition of their role, the nature of relationships, and other issues surrounding the professional boundaries' construction within the mentioned setting.

## 1 Uvod

Slovenska družba se stara. Po zadnjih razpoložljivih podatkih je bila 1. januarja 2015 skoraj petina prebivalstva Slovenije stara 65 ali več let. Tudi zadnje napovedi Eurostata v zvezi s projekcijami prebivalstva za Slovenijo kažejo, da naj bi se delež starejših, tj. oseb, starih najmanj 65 let, do leta 2060 v celotni strukturi prebivalstva povzpел na skoraj 30 % (Statistični urad Republike Slovenije, 2015). S povečanim deležem starejših se tudi zvečujejo potrebe po zdravstvenem varstvu, spodbujene tudi s spremenjenim vzorcem bolezni (Poredoš, 2004). Medicini je namreč v zadnjih desetletjih uspelo ozdraviti večino prej smrtonosnih akutnih stanj in jih spremeniti v trajna kronična obolenja. Podatki kažejo, da si večina starejših pacientov želi zdravstvene nege doma in domove za starejše dojema kot zadnjo možnost bivanja (Flaker idr., 2005). Vendar pa se je zaradi družbeno-ekonomskih sprememb transformirala tudi oblika in dinami-

ka družin, saj danes tudi v ruralnem okolju prevladujejo nuklearne družine (Pečjak in Pečjak, 2007). Starejši tako v glavnem živijo sami in brez pomembnega socialnega kapitala in socialne mreže (Hlebec idr., 2009), od koder bi lahko črpali pomoč. Zato so se povečale potrebe po patronažnem varstvu. Če povzamemo, demografske spremembe s povečevanjem deleža starostnikov in z njimi povezana spremenjena patologija prebivalstva, hiter razvoj medicine in spremembe v bolnišnični obravnavi bolnikov s hitrejšim odpuščanjem ter družbeno-ekonomske spremembe, posredno vplivajo na obseg in vsebino patronažne zdravstvene nege (Zavrl Džananović, 2010). Med obravnavanimi pacienti patronažnega varstva je iz leta v leto več starejših ljudi, saj je bilo v letu 2004 v sklopu prvih kurativnih obiskov 48 % pacientov že starih 75 let in več, leta 2013 pa je bilo takih 59 % (Statistični letopis 2013, 2014). Z leti se povečuje tudi zahtevnost obiskov in podaljšuje trajanje obiskov patronažnih medicinskih sester na domu (Zavrl Džananović, 2010; Železnik, 2011).

Ker se nega na domu izvaja izven tradicionalnih institucionalnih okolij ter je v veliki meri skrita javnim in profesionalnim pogledom, sproža vprašanja o družbenih dimenzijah dela medicinskih sester v patronažnem varstvu. Ključni dejavnik kakovosti nege na domu je odnos med medicinsko sestro in pacientom (Froggart, 1998; McGarry, 2010), ki pa je skromno proučevan (Poland idr., 2005; McGarry, 2010). Zato je cilj te študije z analizo obstoječih študij ugotoviti, kakšna je narava odnosa med medicinskimi sestrami in starejšimi ljudmi na domu.

## 2 Metoda

Da bi predstavili ključne ugotovitve obstoječih študij o odnosu med medicinskimi sestrami in starejšimi ljudmi na njihovem domu, smo izvedli metaanalizo slovenske in mednarodne znanstvene literature. Metaanaliza je sistematična združitev posameznih med seboj neodvisnih študij (Kastrin, 2008). Za zbiranje strokovnega gradiva so uporabljene podatkovne baze CINAHL, Pubmed, MEDLINE, Cochrane, in Google učenjak. Pri iskanju podatkov so nam bili v pomoč kriteriji, kot so letnica izdaje publikacije, znanstvenost, slovenski, nemški in angleški jezik ter obseg literature. Uporabljena je literatura, objavljena od leta 1990 do leta 2015 s prosto dostopnim celotnim besedilom. Ključne besede pri iskanju po podatkovnih bazah so bile naslednje: patronažno zdravstveno varstvo (community nursing and home care), patronažna medicinska sestra (community health nurse), pacient (patient), starejši ljudje (older people). Identificiranih in analiziranih je bilo 38 znanstvenih besedil na obravnavano temo.

## 3 Rezultati

### 3.1 Stereotipi do starejših ljudi in odnos medicinskih sester

Raziskave kažejo, da imajo mladi, srednja generacija in celo starostniki negativne stereotipe o starejših ljudeh, ki so trdo zakoreninjeni v razvitih družbah (Hummert idr.,



1994). Študije tudi potrjujejo, da se posameznike z jasno prepoznavnimi fizičnimi ali mentalnimi nezmožnostmi pogosto paternalistično obravnava (Kemper idr., 1998) in se jih povezuje z nekompetentnostjo (Hummer idr., 1998).

Ti stereotipi vplivajo tudi na izvajanje zdravstvene nege, saj raziskave kažejo, da zdravstveni delavci zagotavljajo več informacij, podpore in udeležbe pri odločanju predstavnikom mlajše in srednje generacije ter zapostavljajo starejšo generacijo (Adelma idr., 1991). Na stereotipih temelječ odnos do starejših pacientov se kaže tudi v specifičnem govoru, ki ga medicinske sestre pogosto uporabljajo v odnosu do starejših ljudi, npr. poenostavljena komunikacija, pretiravanje s poudarjanjem besed, preglasno govorjenje, ponavljanje posameznih besed in celih povedi ter uporaba enostavnega besedišča in slovnice (Ryan idr., 1995). Ta govor je zelo podoben govoru odraslih z otroki, kar pomeni, da medicinske sestre starejše ljudi infatilizirajo. Raziskave kažejo, da ima lahko tak odnos negativni vpliv na starejše ljudi, saj lahko vodi v nižanje samozavesti, družbeno izolacijo in depresijo (Kemper in Harder, 1999). Ryan idr. elavci (1995) so ugotovili, da lahko vodi v spiralo nižanja fizičnega, kognitivnega in funkcionalnega stanja starejših ljudi. Takšno spiralo lahko sproži tudi gospodovalni odnos medicinske sestre do pacienta, ki omejuje pacientovo osebno avtonomijo (Ryan idr., 1995). Raziskave kažejo, da imajo medicinske sestre gospodovalni odnos do pacientov predvsem takrat, ko so pod hudim časovnim in delovnim pritiskom, npr. ko morajo v kratkem času izvesti številna večopravilnostna dela (Ryan idr., 1995; Delmar idr., 2006; Gallagher idr., 2008). Ker se večina medicinskih sester ne zaveda negativnih stereotipov in neprimernega odnosa do pacientov (Williams idr., 2004), je prva naloga ozaveščanje pomena tega odnosa za zdravje pacienta in prepoznavanje stereotipov in drugih neprimernih stališč in obnašanj.

Seveda pa imajo starejši ljudje specifične omejitve, kot je slabši sluh, počasnejše sprejemanje in predelavo novih informacij, ki vplivajo na odnos med pacientom in medicinsko sestro ter določajo način komunikacije (Park in Song, 2004). Zato si morajo medicinske sestre pri zdravstveni negi starejših pacientov vzeti dovolj časa za komuniciranje, preveriti pacientovo razumevanje povedanega, ne govoriti na enkrat o različnih temah, naenkrat spreminjati teme pogovora, prehitro govoriti in uporabljati dolgih povedi brez jasnega sporočila (Park in Song, 2004).

### *3.2 Medosebni odnos med medicinsko sestro in starejšimi pacienti*

Pacienti so zadovoljni z medicinskimi sestrami, če jih medicinske sestre obravnavajo spoštljivo in z naklonjenostjo ter upoštevajo njihove spreminjajoče se potrebe (Moe idr., 2013). Še posebej cenijo sprejemanje ustreznih informacij, dodaten obisk in dostopnost po telefonu (Bailey, 2007). Na drugi strani pa odnos med medicinsko sestro in pacientom lahko še posebej omejuje avtoritativno in gospodovalno stališče medicinske sestre, njena neprijaznost, neangažiranost, preobremenjenost in pomanjkanje časa, nespoštovanje starejših ljudi, osredotočanje le na nekaj vidikov pacientovih potreb (upoštevanje le zdravstvenih potreb in zapostavljanje socialnih potreb), zmanjševanje pogostosti obiskov, poudarjanje brezupne pacientove situacije ter zanemarjanje holistične in individualne nege (Delmar idr., 2006; Gallagher idr., 2008).

Raziskave kažejo (Kristensson idr., 2010; Moe idr., 2013), da nekatere medicinske sestre na podlagi napačnih prepričanj oz. stereotipov razvijejo predsodke do starejših ljudi in jih diskriminirajo. Ageizem oz. diskriminacija starejših je eden od ključnih etičnih problemov zdravstvene nege starejših ljudi (Rees in Schmitz, 2009). Tako lahko medicinske sestre z zlorabo moči, nespoštovanjem pacienta, poseganjem v zasebnost in nadzorovanjem pacientovega življenja ogrozijo pacientovo dostojanstvo (Du Plat-Jones, 1999). Vendar pa obstajajo tudi številni primeri, ko medicinska sestra sprejema pacienta kot sočloveka in poleg izvajanja strokovnih kompetenc skuša starejšim ljudem okrepiti voljo do življenja in jih podpreti pri soočenju z izzivi življenja (Moe idr., 2013).

Na drugi strani pa je raziskava Parka in Songa (2004) pokazala, da obstajajo tudi ovire s strani pacienta, ki slabšajo odnos med pacientom in medicinsko sestro, npr. nezaupanje pacienta do medicinske sestre, pretvarjanje, da razume njena navodila, težave v artikulaciji in pozabljanje.

### *3.3 Prostor kot določevalc odnosa med medicinsko sestro in starejšimi ljudmi*

Številne študije so poudarile, da nega na domu vključuje tako zdravstveno kot družbeno dimenzijo. Zato je za razumevanje odnosa med medicinsko sestro in pacientom pomembno upoštevati kontekst, v katerem se nega izvaja.

Ko medicinske sestre vstopijo v pacientov dom, postane pacientov zaseben prostor kraj profesionalne zdravstvene nege, za medicinske sestre pa delovno okolje. Tako zdravstvena agenda postaja življenjska agenda in zato je nemogoče postaviti jasno mejo med osebnim in profesionalnim vidikom nege.

V študiji, ki je proučevala izkušnje medicinskih sester v patronažnem varstvu v Veliki Britaniji, je McGarry (2004) ugotovil, da dolgoročen odnos med medicinsko sestro in pacienti, ki prejemajo zdravstveno nego na domu, zahteva drugačen pristop kot delo na urgentnem oddelku. Dom ni le fizičen prostor, ampak temelji na družbenem in emocionalnem odnosu (Exley in Allen, 2007). McGarry (2010) je v intervjujih s patronažnimi medicinskimi sestrami ugotovil, da »dom« opisujejo v smislu povezanosti s pacienti in pripadnosti svojemu delovnemu okolju s poudarkom na svojih osebnih delovnih vrednotah, npr. da sprejemajo pacienta kot celovitega človeka. To je še posebej pomembno v odnosu do starejših ljudi, ki so v bolnišnični negi v glavnem razumljeni le kot pacienti.

Ko je McGarry (2010) intervjuval starejše ljudi, ki so prejemali zdravstveno nego na domu, je ugotovil, da »dom« opisujejo kot prostor večje avtonomije v primerjavi z bolnišnico, kjer so vezani na institucionalno rutino in strukturo. Starejši ljudje so v intervjujih opozorili na moč, ki jo dom ponuja, da lastno identiteto. Poudarili so, da so doma ljudje z imenom in priimkom, v bolnici pa anonimni pacienti. Na drugi strani so medicinske sestre poudarile, da se ne morejo distancirati od osebne situacije starejših ljudi in zato ne morejo postaviti jasnih meja med zdravstveno in socialno nego.

Čeprav je nemogoče postaviti jasne meje med profesionalnim in osebnim odnosom, ameriški National Council of State Boards of Nursing (2011) trdi, da obstajajo določene

na obnašanja, ki bi morala medicinsko sestro opozoriti, da je prestopila mejo dobrega odnosa s pacientom:

- prekomerno razkritje osebnih informacij: medicinska sestra razkriva pacientu intimne probleme ali vidike svojega življenja,
- skrivnostno, obrambno obnašanje: medicinska sestra deli skrivnosti samo s pacientom in se obnaša napadalno, ko se ji postavijo vprašanja o interakciji s pacientom,
- prekomerna pozornost do pacienta: medicinska sestra porabi prekomerno veliko časa za pacienta, ga obiskuje izven delovnega časa, zanemari druge paciente, da bi bila več časa z določenim pacientom,
- neterapevtski odnos: medicinska sestra meni, da lahko le ona razume pacienta in izpolni njegove potrebe, ter mu namenjanja posebne pozornosti, npr. poklanja darila.

Delo izven tradicionalnih organizacijskih parametrov za medicinske sestre tudi pomeni, da skušajo zapolniti manko obstoječih podpor in pomoči (McGarry, 2010). Takšno delo jim tudi omogoča, da lažje predvidijo posledice zdravstvene nege. McGarry (2010) je ugotovil, da v glavnem starejši ljudje radi »pomagajo« sestram pri njihovem delu, npr. pri odstranjevanju povojev, in da pri tem razvijejo občutek participacije, ki jih spodbudi k večji skrbi za svoje zdravje. Zato bi morale medicinske sestre spodbujati paciente, da sodelujejo pri njenem delu.

Starejše osebe opisujejo patronažne medicinske sestre kot člane družine, medicinske sestre pa menijo, da so postale del pacientovega življenja, sebe pa opisujejo kot »goste« v pacientovem domu (McGarry, 2010). Vloga »gosta« medicinskim sestram zmanjšuje moč in omejuje njihovo tradicionalno profesionalno avtoriteto, kar pa večina medicinskih sester pozitivno sprejema (Peter, 2002). Tako prostor doma na eni strani zmanjšuje moč medicinskih sester, na drugi strani pa jo z večjo odgovornostjo in avtonomnostjo njihovega dela zvišuje, saj so patronažne medicinske sestre oddaljene od nadzora nadrejenih in imajo večjo svobodo pri izvajanju zdravniških navodil kot medicinske sestre, ki delajo v institucionalnih zdravstvenih prostorih. Avtonomno delo obenem pomeni, da imajo patronažne medicinske sestre večjo odgovornost za pacienta kot druge medicinske sestre (Peter, 2002).

Raziskave tudi kažejo, da pacienti v patronažnem varstvu pogosteje ustvarjajo partnerski odnos z medicinskimi sestrami kot pacienti, ki se zdravijo v bolnišnici, na drugi strani pa imajo medicinske sestre pogostejši konflikt z izvajalci neformalne nege, kot so družinski člani (Ward-Griffin in McKeever, 2000), še posebej takrat, ko ne prepoznajo strokovnega znanja domačih izvajalcev nege, ko se vloge prekrivajo, ko so vloge rigidno opredeljene in ko so profesionalna pričakovanja članov družine kontradiktorna (Rosenthal idr., 1980; Duncan in Morgan, 1994; Ward-Griffin in McKeever, 2000).

Raziskave na področju odnosa med patronažnimi medicinskimi sestrami in pacienti so obravnavale tudi problem nadzora (Hallett idr., 2001; McGarry, 2010; Moe idr., 2013) in ugotovile, da imajo običajno pacienti v domačem okolju večji nadzor in vpliv na odnos medicinska sestra in pacient. Starejši ljudje so v patronažnem varstvu z razliko od bolnišničnih pacientov v bolj enakovrednem položaju z medicinsko sestro in se počutijo opolnomočene, saj imajo več možnosti za afirmacijo, ker se počutijo »gospodarji prostora« (Hallett idr., 2001). Zaradi tega je večina pacientov tudi bolj

zadovoljna z delom patronažnih medicinskih sester kot z delom drugih medicinskih sester (Hallett idr., 2001).

Izvajanje zdravstvene nege na domu lahko vodi v »medikalizacijo« domačega okolja (Cox in Cox, 2000). Pickard in Glendinning (2002) trdita, da lahko dom ob »brezmejnem izvajanju nege« postane bolj podoben bolnišnični sobi kot domačemu okolju in tako zabriše meje med domom in bolnišnico. Zato morajo patronažne medicinske sestre paziti, da dom ostane prostor domačnosti.

### *3.4 Prehod iz bolnišnične zdravstvene nege v nego na domu*

Savage (1995) trdi, da v odnos med medicinsko sestro in pacientom, ko ta iz bolnišnične nege preide v zdravstveno nego na domu, mora vstopiti nova dimenzija, ki jo imenuje »bližina«. Njena ključna prvina je vzpostavitev »simboličnega prostora«, ki vključuje več domačih prvin kot institucionalnih. Bližina vključuje proces »normalizacije«, ki pomeni transformacijo strogo profesionalnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom v odnos, v katerem se jasno kažejo prvine partnerske vloge. To ne pomeni, da mora medicinska sestra postati pacientu prijateljica, izkazovati pa mora primerno mero fizične in emocionalne bližine, ki jo večina pacientov izjemno ceni (Savage, 1997).

Dobre patronažne medicinske sestre tako ne uporabljajo institucionalnega bolnišničnega jezika, ampak jezik, ki se običajno uporablja doma in vključuje sporočila o udobju, sreči in dobrem čustvenem počutju (Gilmour, 2006). Savage (1997) tudi meni, da je uporaba družinske terminologije v komunikaciji med patronažnimi medicinskimi sestrami in pacienti ključna prvina kakovostne zdravstvene nege.

## **4 Zaključek**

Pregled literature o odnosu med patronažnimi medicinskimi sestrami in starejšim pacienti kaže, da za medicinske sestre in paciente »dom« nima le geografskega pomena, ampak predvsem socialen pomen. Z razliko od institucionalne nege nega na domu pacientom prinaša ohranitev lastne identitete, večjo avtonomijo in enakopravnost v odnosu z medicinskimi sestrami. Slednje imajo sicer zaradi tega manjšo avtonomijo na tem področju, ki pa se jim poveča zaradi večje odgovornosti dela. Raziskave tudi kažejo, da večina patronažnih medicinskih sester povezuje dom z vrednotami in odnosom do starejših ljudi, ki je drugačen od odnosa v institucionalni zdravstveni negi, saj razumejo paciente kot soljudi in ne le kot anonimne paciente. Medicinske sestre poročajo, da se v domovih pacientov počutijo kot gostje.

Obstoječe raziskave ne ponujajo uporabnih dokazov, ki bi omogočili oblikovanje parametrov za natančno opredelitev odnosa med patronažno medicinsko sestro in starejšim človekom, saj se zdravstvenega nega na domu razlikuje od bolnišnične nege predvsem po tem, da medicinske sestre izpolnjujejo številne potrebe pacientov. Ker morajo medicinske sestre upoštevati zdravstvene, emocionalne in socialne potrebe pacientov, zahteva zdravstvena nega na domu kompetence na treh zelo širokih pod-

ročjih: znanje zdravstvene nege, veščine in klinične kompetence ter komunikacijske veščine in etični pristop (Moe idr., 2013).

Čeprav v glavnem medicinske sestre obravnavajo paciente celovito, upoštevajo pacientovo zasebnost in dostojanstvo, analizirane raziskave tudi opozarjajo, da v kar nekaj primerih medicinske sestre objektivizirajo paciente in z njimi vzpostavijo »jaz-ono« odnos (Gallagher, 2007). Francoski filozof Marcel (1965) trdi, da medosebni kontekst »biti z drugim« predpostavlja »jaz-ti« odnos. Zato bi moral odnos med medicinsko sestro in pacientom temeljiti na spoštovanju, ki za medicinsko sestro v »jaz-ti« odnosu pomeni prevzeti odgovornost za pacienta.

Delovni dan medicinskih sester v patronažnem varstvu je zelo natrpan in ni videti, da bi se spremenil. Zato je potrebno zagotoviti kulturo nege, ki temelji na spoštovanju starejše osebe, njegove oz. njene zasebnosti in osredotočanju na celostno osebo. Starejši pacienti naj bodo sprejeti kot posamezniki in obravnavani kot ljudje, upošteva se naj koncept bližine.

Obstoječe raziskave kažejo, da se morajo oblikovalci zdravstvene politike in organizatorji dela zavedati, da je delo patronažnih medicinskih sester bolj dinamično in kompleksno kot delo medicinskih sester v zdravstvenih institucijah. Ker se bo število starostnikov z leti še povečalo, je potrebno že danes poleg kompetenc na področju zdravstvene nege in promocije zdravja okrepiti tudi socialne/družbene, komunikacijske in etične kompetence.

## LITERATURA

1. Adelman, R. D., Greene, M. G. in Charon, R. (1991). Issues in physician-elderly patient interaction. *Ageing and Society*, 2 (2), 127–148.
2. Bailey, V. (2007). Satisfaction levels with a community night nursing service. *Nursing Standard*, 22 (5), 35–42.
3. Cox, H. in Cox, D. (2000). Hospitals without walls: a journey through a health-care system. *International Journal of Nursing Practice*, 6 (2), 105–109.
4. Du Plat-Jones, J. (1999). Power and representation in nursing: a literature review. *Nursing Standard*, 25 (13), 39–42.
5. Exley, C. and Allen, D. (2007). A critical examination of home care: end of life care as an illustrative case. *Social Science and Medicine*, 65 (11), 2317–2327.
6. Dahlin-Ivanoff, S., Haak, M., Fänge, A. and Iwarsson, S. (2007). The multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14 (1), 25–32.
7. Delmar, C., Boje, T., Dylmer, D., Forup, L., Jakobsen, C., Møller, M., Sønder, H. and Pedersen, B. D. (2006). Independence/dependence – a contradictory relationship? Life with a chronic illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20 (3), 261–268.
8. Duncan, M. and Morgan, D. (1994). Sharing the caring: family caregivers' views of their relationship with nursing home staff. *Gerontologist*, 34 (2), 235–244.
9. Falk-Rafael, A. (2001). Empowerment as a process of evolving consciousness: a model of empowered caring. *Advances in Nursing Science*, 24 (1), 1–16.
10. Flaker, V., Grebenc, V., Rihter, L., Rode, N., Milošević Arnold, V., Videmšek, P., Dajčman, B. in Žagar, A. (2005). Oblikovanje sistema indikatorjev za ugotavljanje potreb ljudi po in količini posameznih storitev in razvoja novih oblik storitev pomoči na področju socialnega varstva v Ljubljani: Končno poročilo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

11. Froggatt, K. (1998). The place of metaphor and language in exploring nurses' emotional work. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (3), 332–338.
12. Gallagher, A. (2007). The respectful nurse. *Nursing Ethics*, 14 (3), 360–371.
13. Gallagher, A., Li, S., Wainwright, P. and Rees, I. (2008). Dignity in the care of older people – a review of the theoretical and empirical literature. *BMC Nursing*, 7 (11), 1–12.
14. Gilmour, J. (2006). Hybrid space: constituting the hospital as a home space for patients. *Nursing Inquiry*, 13 (1), 16–22.
15. Hallett, C., Austin, L., Caress, A. and Luker, K. (2001). Community nurses perceptions of patient 'compliance' in wound care: a discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (1), 115–123.
16. Hlebec, V., Kogovšek, T., Domanjko, B. and Pahor, M. (2009). Kako misliti, opazovati in razumeti omrežja starejših ljudi v Sloveniji. V V. Hlebec (ur.). *Starejši ljudje v družbi sprememb* (str. 153–168). Maribor: Aristej.
17. Hummert, M. L., Garstka, T., Shaner, J. and Strahm, S. (1994). Stereotypes of the elderly held by young, middle-aged, and elderly adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 49 (3), 240–249.
18. Hummert, M. L., Shaner, J., Garstka, T. and Henry, C. (1998). Communication with older adults: The influence of age stereotypes, context, and communicator age. *Human Communication Research*, 25 (2), 124–151.
19. Kastrin, A. (2008). Metaanaliza in njen pomen za psihološko metodologijo. *Psihološka obzorja*, 17 (3), 25–42.
20. Kemper, S., Finter-Urczyk, A., Ferrell, P., Harden, T. and Billington, C. (1998). Using elderspeak with older adults. *Discourse Processes*, 25 (1), 55–73.
21. Kemper, S. and Harden, T. (1999). Experimentally disentangling what's beneficial about elderspeak from what's not. *Psychology and Aging*, 14 (1), 55–73.
22. Kristensson, J., Hallenberg I. R. and Ekwall, A. K. (2010). Frail older adults' experiences of receiving health care and social services. *Journal of Gerontological Nursing*, 36 (10), 20–28.
23. Marcel, G. (2007). *Being and having*. London: Collins Clear-Type Press.
24. McGarry, J. (2004). Exploring the significance of place in community nursing. *British Journal of Community Nursing*, 9 (7), 302–304.
25. McGarry, J. (2010). Relationship between nurses and older people within the home: exploring the boundaries of care. *International Journal of Older People Nursing*, 5 (4), 265–273.
26. Moe, A., Hellzen, O. and Enmarker, I. (2013). The meaning of receiving help from home nursing care. *Nursing Ethics*, 20 (7), 737–747.
27. National Council of State Boards of Nursing. (2011). *A nurse's guide to professional boundaries*. Pridobljeno 23. 10. 2015, s <http://www.ncshn.org/ProfessionalBoundariesComplete.pdf>.
28. Park, E-K and Song, M. (2004). Communication barriers perceived by older patients and nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 42 (2), 159–166.
29. Pečjak, V. in Pečjak, M. (2007). *Psihologija staranja*. Bled: Samozaložba.
30. Peter, E. (2002). The history of nursing in the home: revealing the significance of place in the expression of moral agency. *Nursing Inquiry*, 9 (2), 65–72.
31. Poland B., Lehoux P., Holmes D. and Andrews, G. (2005) How place matters: unpacking technology and power in health and social care. *Health and Social Care in the Community*, 13 (2), 170–180.
32. Poredoš, P. (2004). Zdravstveni problemov starostnikov. *Zdravniški vestnik*, 73, 753–756.
33. Pickard, S. and Glendinning, C. (2002). Comparing and contrasting the role of family carers and nurses in the domestic health care of older people. *Health and Social Care in the Community*, 10 (3), 144–150.
34. Rosenthal, C., Marshall, V., Macpherson, A. S. and French, S. (1980). *Nurses, Patients and Families*. New York: Springer Publishing.
35. Ryan, E. B., Hummert, M. L. and Boich, L. H. (1995). Communication predicaments of aging: Patronizing behavior toward older adults. *Journal of Language and Social Psychology*, 14 (2), 144–166.

36. Savage, J. (1995). *Nursing Intimacy: An Ethnographic Approach to Nurse–Patient Interaction*. London: Scutari Press.
37. Savage, J. (1997). Gestures of resistance: the nurse's body in contested space. *Nursing Inquiry*, 4 (4), 237–245.
38. Statistični letopis 2013. Pridobljeno 16. 10. 2015, s [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2013/5\\_2\\_patronaza\\_2.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2013/5_2_patronaza_2.pdf).
39. Statistični urad Republike Slovenije. Pridobljeno 13. 10. 2015, s <http://www.stat.si/StatWeb/prikazi-novico?id=5477&idp=17&headerbar=15>.
40. Ward-Griffin, C. and McKeever, P. (2000). Relationships between nurses and family caregivers: Partners in care? *Advances in Nursing Science*, 22 (3), 89–103.
41. Williams, K., Kemper, S. and Hummert, L. (2004). Enhancing communication: With older adults overcoming elderspeak. *Journal of Gerontological Nursing*, 30 (10), 17–25.
42. Zavrl – Džananović, D. (2010). Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri. *Obzornik zdravstvene nege*, 44, 117–125.
43. Železnik, D. (ur.) (2011). *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Mag. Nevenka Ferfila, dr. Barbara Domajnko, dr. Matic Kavčič, mag. Marija Milavec Kapun, dr. Majda Pahor

# Medpoklicno izobraževanje za celostno obravnavo v zdravstvenem varstvu

UDK 614.2:005.64:37

**KLJUČNE BESEDE:** izobraževanje za medpoklicno sodelovanje, timsko delo, evalvacija

**POVZETEK** - Celostna obravnava uporabnika v zdravstvenem varstvu temelji na timski obravnavi različnih zdravstvenih in drugih strokovnjakov. Slednje je še posebej očitno pri starostnikih, za katere je značilna sočasna prisotnost več bolezni, kar predstavlja še dodaten izziv za celostno obravnavo. Na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani smo, z namenom priprave bodočih zdravstvenih delavcev na izzive dela v timih, razvili predmet Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu. Pri predmetu sodelujejo učitelji in študenti 4 fakultet in 9 različnih študijskih programov: babištva, delovne terapije, fizioterapije, medicine, psihologije, radiološke tehnologije, sanitarnega inženirstva, socialnega dela in zdravstvene nege. V majhnih skupinah, in ob sodelovanju učiteljskega tima, spoznavajo kompetence drugih poklicev, se učijo timskih veščin in delujejo kot tim. Od leta 2013 delajo na primerih »živih« uporabnikov zdravstvenega varstva in na koncu svoje ugotovitve združijo v poročilo. Rezultati raziskave, ki jo izvajamo od leta 2011, ko smo pričeli z izvedbo predmeta, kažejo da obstajajo potrebe po medpoklicnem izobraževanju ter da smo s predmetom uspeli statistično značilno vplivati na nekatera stališča študentov o medpoklicnem sodelovanju.

UDC 614.2:005.64:37

**KEY WORDS:** interprofessional education, team work, evaluation

**ABSTRACT:** Holistic approach in health care is based on interprofessional interventions of various health and other professionals. This is increasingly important in older people where multimorbidity represents an additional challenge for holistic approach in health care.

At the Faculty of Health Studies at the University of Ljubljana we developed the course named Interprofessional collaboration in a health care team with the aim of preparing future health professionals for the challenges of team work. The course brings together teachers and students of 4 faculties and 9 different departments: midwifery, occupational therapy, physiotherapy, medicine, psychology, radiography, sanitary engineering, social work and nursing. Together with teachers they work in small groups, learn about competences of other professions, train team work skills and finally work as a team. Since 2013 they have met and worked with »real« health care users and in the end presented their final report. The results of the study, which has started in 2011, confirm the need for interprofessional education as well as some statistically significant changes of student opinion on interprofessional collaboration.

## 1 Teoretična izhodišča

Razvite družbe današnjega sveta se soočajo s problematiko povečevanja deleža starejših oseb v populaciji (MDDSZ, 2010). V Sloveniji je bilo januarja 2015 17,9 % oseb starejših od 65 let, nad 80 let pa jih je 4,8 % (SURSTAT, 2015). S podaljševanjem življenjske dobe je večja možnost za nastanek različnih kroničnih bolezni, ki posledično vplivajo funkcionalnost in samostojnost posameznika. Pri starostnikih nad 65 let naj bi bilo, odvisno od načina zbiranja podatkov, v razponu od 37 pa tudi do 90 odstotkov, sočasno prisotna več kot ena kronična bolezen (Petek Šter in Švab, 2008). Sočasna prisotnost več bolezni zahteva integriran pristop izvajalcev zdravstvene oskrbe



(Goodwin, Dixon, Anderson in Wodchis, 2014), ki bo zagotavljal celostno obravnavo uporabnikov in bo odgovarjal na njihove kompleksne potrebe.

Svetovna zdravstvena organizacija je v letu 2010, s sprejetjem petih ključnih kompetenc zdravstvenih strokovnjakov 21. stoletja, postavila okvir za njihovo usklajeno idr. elovalno delo. Te kompetence so: osrediščenost na pacienta, sodelovanje s pacienti, drugimi strokovnjaki in skupnostjo, izboljševanje kakovosti, uporaba informacijsko – komunikacijske tehnologije ter javnozdravstveni pristop (WHO, 2010). WHO prav tako izpostavlja pomen timskega dela različnih strokovnjakov za izide pri pacientih, saj so raziskave pokazale, da sodelovalna praksa pozitivno vpliva tako na izboljšanje izidov pri kroničnih bolnikih in varnost pacientov ter znižanje pogostosti zapletov, kot tudi na znižanje konfliktov med strokovnjaki posameznih poklicev in kliničnih napak (WHO, 2010).

Izpostavljene so torej potrebe uporabnika, skupnosti in učinkovito sodelovanje vseh udeleženih v celotnem procesu. Usklajeno delovanje vseh strokovnjakov, sodelujočih v procesu reševanja zdravstvenih težav posameznika, ki so lahko zelo kompleksne (kronična obolenja, sočasna prisotnost več obolenj, potrebe po dolgotrajni negi, socialna izključenost, ipd.), pa je v veliki meri odvisno tudi od njihovega obvladovanja večšin timskega dela. To je eden od osnovnih razlogov za vključevanje vsebin medpoklicnega sodelovanja v študijske programe, ki izobražujejo strokovnjake za delo v zdravstveni in socialni dejavnosti (Pahor, 2014). Medpoklicno izobraževanje je torej proces učenja, v katerem se študenti več različnih zdravstvenih poklicev učijo drug o drugem, drug od drugega in drug z drugim (WHO, 2010). Vse seveda s ciljem, da bodo v praksi s pridobljenim znanjem in veščinami lahko tvorno sodelovali v zdravstvenih timih.

### *1.1 Razvoj predmeta Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu*

Na osnovi izkušenj, pridobljenih med izvajanjem mednarodnega izbirnega predmeta Umiranje in žalovanje, ter ob upoštevanju naraščajočih potreb po izobraževanju vseh poklicev v zdravstvu za uspešno sodelovanje v timih, smo na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani razvili nov izbirni predmet (Pahor, Škodič Zakšek, Vettorazzi, Ferfila in Kavčič, 2015). Predmet Medpoklicno izobraževanje v zdravstvenem timu temelji na izzivih, ki jih pred posameznika postavljajo tako zahteve za delo v timih, kot tudi potreba po aktivnem vključevanju uporabnika v delo teh timov (Domajnko, Ferfila, Kavčič in Pahor, 2015).

Pri predmetu se tako sedaj srečujejo idr.elujejo učitelji in študenti 4 fakultet (Zdravstvene fakultete, Medicinske fakultete, Filozofske fakultete ter Fakultete za socialno delo) in 9 različnih študijskih programov: babištva, delovne terapije, fizioterapije, medicine, psihologije, radiološke tehnologije, sanitarnega inženirstva, socialnega dela in zdravstvene nege (Pahor idr., 2015).

V letu 2013 smo uspešno nadgradili samo izvedbo predmeta, saj so se nam pridružili in v delo študentskih timov vključili tudi »živi« uporabniki zdravstvenih storitev. Predmet je organizacijsko oblikovan kot kombinacija predavanj, seminarjev in različnih oblik vaj in samostojnega dela študentov, v skupnem obsegu 6 kreditnih

točk (ECTS). Celoten proces dela v okviru predmeta je podprt s spletno učilnico, ki omogoča tako študentom kot učiteljem dostop do vseh gradiv in ostalih dokumentov povezanih s predmetom (Pahor idr., 2015). Predvsem pa je pomembno, da omogoča različne načine komunikacije med vsemi sodelujočimi.

Vsebine predmeta so porazdeljene v dva dopolnjujoča se dela. Prvi sklop, poimenovan »Pridobivanje moči«, omogoča študentom vpogled v delokrog in specifične kompetence vseh vključenih poklicev, poznavanje značilnosti in učinkov medpoklicnega sodelovanja razumevanje komplementarnosti različnih pristopov in pomena sodelovanja ter vpogled v pomen in možnosti aktivnega vključevanja uporabnikov kot posameznikov, skupin in skupnosti v skupno soodločanje o skrbi za zdravje (Pahor idr., 2015).

Drugi sklop, ki smo ga poimenovali »Soočanje s problemom«, pa študenta pripravi in usposobi za načrtovanje obravnave konkretnih zdravstvenih problemov v interdisciplinarnih timih ter vzpodbuja njegovo zavedanje o omejitvah in pozitivnih učinkih delovanja v timih (Pahor idr., 2015).

V majhnih skupinah, oblikovanih kot timi vseh vključenih poklicev in ob sodelovanju učiteljskega tima, spoznavajo kompetence ostalih poklicev, se učijo timskih veščin in delujejo kot tim. Srečajo se z uporabnikom zdravstvenih storitev, kot tim obravnavajo njegov primer in na koncu ugotovitve združijo v strokovno poročilo. Uporabnik aktivno sodeluje s študenti kot član učiteljskega tima, kar omogoča študentom, da se spoznajo tudi s perspektivo uporabnika zdravstvenih storitev.

## 2 Metode

Evalvacija predmeta je potekala z zbiranjem kvalitativnih in kvantitativnih podatkov. Izhodiščno znanje študentov smo izmerili pred pričetkom prve izvedbe predmeta (2011/12, N = 73) z anonimno anketo z odprtimi vprašanji. V nadaljevanju smo stališča študentov o izobraževanju za medpoklicno sodelovanje merili s prilagojenim bristoliskim vprašalnikom (Pollard, Miers in Gilchrist, 2004; Peterle, 2006). Vsako leto izvedbe smo, neposredno pred pričetkom in po koncu izvedbe predmeta, z različnimi indikatorji merili stališča študentov na štiri stopenjski Likertovi lestvici. V prvih dveh izvedbah predmeta smo anketiranje izvedli s PAPI tipom ankete, kasneje pa s spletno anketo.

Stopnja odgovora je bila relativno visoka (78 % od 239 študentov, 79 % za pre-test in 77 % za post-test). Število enot, ki smo jih vključili v analize je: 2011/12, pre-test N = 64, post-test N = 73, v 2012/13, pre-test N = 50, post-test N = 53, v 2013/14 pre-test N = 34, post-test N = 25, in v 2014/2015 pre-test N = 40, post-test N = 32. S T-testom za neodvisna vzorca smo izračunali razlike v povprečjih stališč študentov. Izbor te metode je bil pogojen z omejitvijo v zbiranju podatkov, zaradi katere v prvih dveh letih nismo mogli povezati odgovorov posameznika pred in po izvedbi predmeta.

Tako je bilo možno rezultate obravnavati le na agregirani ravni, ob zavedanju, da, čeprav je med prvo in drugo meritvijo na vzorcu preteklo pol leta, le-ti nista povsem

neodvisni. Za analizo odprtih odgovorov ankete o izhodiščnem znanju in analizo odprtega vprašanja »Kako bi opredelili pojem zdravstveni tim?« smo uporabili kvalitativno tematsko analizo vsebine. Pri kodiranju in analizi smo si pomagali s programom Atlas.ti.

### 3 Rezultati

Vzporedno s pričetkom izvajanja predmeta v študijskem letu 2011/12, smo pričeli tudi z raziskavo vpliva izbirnega predmeta Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu na mnenje vključenih študentov. Anonimni vprašalnik z odprtimi vprašanji tipa »Opišite, kaj je babištvo, delovna terapija, fizioterapija, itd.«, smo uporabili z namenom preverjanja izhodiščnega znanja študentov o ostalih poklicih v zdravstvu in njihovega poznavanja kompetenc posameznih poklicev.

Rezultati so nas presenetili, saj se v predmet vključujejo študenti zadnjih letnikov posameznih študijskih programov. Poznavanje drugih poklicev se je pokazalo kot pomanjkljivo. V svojih odgovorih študenti drugim poklicem pogosto pripisujejo napačne kompetence, jih stereotipno opisujejo, opise podajajo v laičnem jeziku, zoženo na opis posameznih delovnih zadalžitev.

Rezultati tako kažejo pomanjkljivo razumevanje vloge posameznih poklicev v zagotavljanju celostne obravnave uporabnika zdravstvenih storitev in hkrati potrebo po povezovalnem predmetu, katerega vsebine študentom pomagajo zapolniti vrzeli v poznavanju drugih poklicev.

V tabelah od 1 do 5 so predstavljeni rezultati merjenja stališč študentov s štiri stopenjsko Likertovo lestvico, s ponujenimi odgovori študentom v razponu med »zelo drži« do »sploh ne drži«. Anketo smo izvajali pred pričetkom in po zaključku predmeta.

*Tabela 1:* Odgovori študentov na trditev: »Moje spretnosti komuniciranja s pacienti bi se izboljšale s pomočjo skupnega učenja s študenti drugih zdravstvenih strok«.

<i>Študijsko leto</i>	<i>N</i>	<i>Izvedba meritev</i>	<i>Povprečje</i>	<i>Standardna deviacija</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
2011/12	63	pred izvedbo predmeta	2,06	0,592	0,462	0,645
	73	po izvedbi predmeta	2,01	0,656		
2012/13	50	pred izvedbo predmeta	2,14	0,639	2,444	0,016
	53	po izvedbi predmeta	1,85	0,568		
2013/14	34	pred izvedbo predmeta	2,26	0,666	1,536	0,130
	25	po izvedbi predmeta	2,00	0,645		
2014/15	40	pred izvedbo predmeta	2,40	1,033	1,62	0,110
	32	po izvedbi predmeta	2,03	0,861		

Lestvica: 1 - zelo drži, 2 - drži, 3 - ne drži, 4 - sploh ne drži

*Vir:* Anketni vprašalnik, študijska leta od 2011/12 do 2014/15.

**Tabela 2:** Odgovori študentov na trditev: »Skupno učenje s študenti drugih zdravstvenih strok bi verjetno izboljšalo profesionalne odnose«.

Študijsko leto	N	Izvedba meritev	Povprečje	Standardna deviacija	t	p
2011/12	63	pred izvedbo predmeta	1,84	0,574	2,68	0,008
	73	po izvedbi predmeta	1,59	0,523		
2012/13	50	pred izvedbo predmeta	1,80	0,571	3,075	0,003
	53	po izvedbi predmeta	1,45	0,574		
2013/14	34	pred izvedbo predmeta	1,74	0,618	0,480	0,633
	25	po izvedbi predmeta	1,64	0,907		
2014/15	40	pred izvedbo predmeta	1,73	0,599	1,69	0,095
	32	po izvedbi predmeta	1,50	0,508		

Lestvica: 1 - zelo drži, 2 - drži, 3 - ne drži, 4 - sploh ne drži

Vir: Anketni vprašalnik, študijska leta od 2011/12 do 2014/15.

**Tabela 3:** Odgovori študentov na trditev: »Skupno učenje s študenti drugih zdravstvenih strok bi verjetno izboljšalo moje spretnosti za timsko delo«.

Študijsko leto	N	Izvedba meritev	Povprečje	Standardna deviacija	t	p
2011/12	63	pred izvedbo predmeta	1,80	0,568	1,94	0,054
	73	po izvedbi predmeta	1,62	0,517		
2012/13	50	pred izvedbo predmeta	1,84	0,650	3,132	0,002
	53	po izvedbi predmeta	1,47	0,541		
2013/14	34	pred izvedbo predmeta	1,91	0,621	1,108	0,274
	25	po izvedbi predmeta	1,68	0,900		
2014/15	40	pred izvedbo predmeta	1,73	0,599	1,13	0,263
	32	po izvedbi predmeta	1,56	0,619		

Lestvica: 1 - zelo drži, 2 - drži, 3 - ne drži, 4 - sploh ne drži

Vir: Anketni vprašalnik, študijska leta od 2011/12 do 2014/15.

**Tabela 4:** Odgovori študentov na trditev: »Skupno učenje s študenti drugih zdravstvenih strok bi verjetno pomagalo ovreči stereotipe o drugih poklicih«.

Študijsko leto	N	Izvedba meritev	Povprečje	Standardna deviacija	t	p
2011/12	63	pred izvedbo predmeta	1,78	0,678	1,97	0,050
	73	po izvedbi predmeta	1,56	0,623		
2012/13	50	pred izvedbo predmeta	1,90	0,614	3,593	0,001
	53	po izvedbi predmeta	1,49	0,541		
2013/14	34	pred izvedbo predmeta	1,73	0,674	1,090	0,280
	25	po izvedbi predmeta	1,52	0,770		
2014/15	40	pred izvedbo predmeta	1,65	0,580	0,40	0,692
	32	po izvedbi predmeta	1,59	0,615		

Lestvica: 1 - zelo drži, 2 - drži, 3 - ne drži, 4 - sploh ne drži

Vir: Anketni vprašalnik, študijska leta od 2011/12 do 2014/15.

**Tabela 5:** Odgovori študentov na trditev: »Skupno učenje s študenti drugih zdravstvenih strok bi bila koristna učna izkušnja za študente vseh zdravstvenih strok«.

Študijsko leto	N	Izvedba meritev	Povprečje	Standardna deviacija	t	p
2011/12	63	pred izvedbo predmeta	1,67	0,668	0,892	0,374
	73	po izvedbi predmeta	1,58	0,599		
2012/13	50	pred izvedbo predmeta	1,72	0,573	2,263	0,026
	53	po izvedbi predmeta	1,47	0,541		
2013/14	34	pred izvedbo predmeta	1,88	0,686	2,604	0,012
	25	po izvedbi predmeta	1,44	0,583		
2014/15	40	pred izvedbo predmeta	1,58	0,501	1,42	0,159
	32	po izvedbi predmeta	1,41	0,499		

Lestvica: 1 - zelo drži, 2 - drži, 3 - ne drži, 4 - sploh ne drži

Vir: Anketni vprašalnik, študijska leta od 2011/12 do 2014/15.

V zgornjih tabelah prikazani rezultati nakazujejo, da smo z izvedbo predmeta uspeli doseči pozitivno spremembo stališč študentov glede medpoklicnega sodelovanja in izobraževanja. Večina študentov v povprečju ocenjuje, da trditev »Moje spretnosti komuniciranja s pacienti bi se izboljšale s pomočjo skupnega učenja s študenti drugih zdravstvenih strok« drži. Statistično značilne razlike smo odkrili le v letu 2012/13, ko so se študenti po izvedbi predmeta z njo še močneje strinjali. Prav tako večina študentov v povprečju ocenjuje, da trditev: »Skupno učenje s študenti drugih zdravstvenih strok bi verjetno izboljšalo profesionalne odnose« drži. Pokazale so se statistično značilne razlike v letih 2011/12 in 2012/13, ko so se študenti v povprečju s tem še močneje strinjali. Trditev: »Skupno učenje s študenti drugih zdravstvenih strok bi verjetno izboljšalo moje spretnosti za timsko delo« v povprečju večinoma drži, statistično značilne razlike pa smo odkrili v letih 2011/12 in 2012/13, ko so se študenti s tem še močneje strinjali. V povprečju večina študentov trditev »Skupno učenje s študenti drugih zdravstvenih strok bi verjetno pomagalo ovreči stereotipe o drugih poklicih« ocenjuje z drži, statistično značilne razlike so se ponovno pokazale le v prvih dveh letih, ko so se študenti s trditvijo še močneje strinjali po izvedbi predmeta. V povprečju so študenti ocenili trditev: »Skupno učenje s študenti drugih zdravstvenih strok bi bila koristna učna izkušnja za študente vseh zdravstvenih strok« med drži in zelo drži. Statistično značilne razlike pa so se v tem primeru pokazale v letih 2012/13 in 2013/14, ko so po zaključku predmeta v povprečju to trditev ocenili že kar blizu zelo drži. Razlike v spremembah stališč so sicer majhne, a jih lahko pripišemo le štiri stopenjski merski lestvici ter že v izhodišču ideji timskega dela naklonjenim študentom, saj gre za izbirni predmet. Razlike med leti pa lahko pripišemo tudi razvoju predmeta, npr. v letu 2013/14 smo prešli na »žive« uporabnike namesto papirnatih primerov, v letu 2014/15 pa so se npr. pridružili še študenti medicine. Nekatere razlike pa bi morebiti lahko nastale tudi zaradi prehoda iz zbiranja podatkov v obliki PAPI ankete v spletno anketiranje.

Z odprtim vprašanjem: Kako bi opredelili pojem »zdravstveni tim«? smo merili študentsko poznavanje koncepta zdravstvenega tima. Analiza odgovorov je pokazala dokaj dobro začetno razumevanje koncepta delovanja skupine strokovnjakov, hkrati

pa tudi pokroviteljski odnos do uporabnika zdravstvenih storitev. Tudi rezultati odgovorov na enako vprašanje ob zaključku predmeta so vzpodbudni, saj študenti večkrat omenjajo celostni pristop in uporabnika kot partnerja v timu.

## 4 Razprava in zaključek

Rezultati evalvacije, ki jo med študenti izvajamo vse od leta 2011, ko smo pričeli z izvedbo predmeta, vsekakor potrjujejo naša predvidevanja, da obstajajo potrebe po medpoklicnem izobraževanju. Prav tako lahko na osnovi rezultatov raziskav potrdimo, da smo s predmetom uspeli statistično značilno vplivati na nekatera stališča študentov o medpoklicnem sodelovanju. Na osnovi informacij, ki smo jih z leti pridobili s strani študentov, pa tudi učiteljskih evalvacij lastnega timskega dela, smo predmet kontinuirano razvijali in izpopolnjevali. Od vključevanja »živih« uporabnikov zdravstvenega varstva, preko spreminjanja in razvoja gradiv, do sprememb in prilagoditev vaj timskega dela. Vse z namenom čim tesnejšega približevanja akademskega okolja, v katerem poteka izobraževanje, tistemu v praksi.

In kako naprej? Vsekakor želimo pripeljati študente še bliže kliničnemu okolju in delu obstoječih zdravstvenih timov, z vključevanjem v njihovo delo. Potrebo po prenosu novih znanj o medpoklicnem sodelovanju v klinično prakso so izrazili tudi udeleženci okrogle mize, ki je potekala v organizaciji Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani, v septembru 2015. Predstavniki kliničnega okolja so izrazili pripravljenost za vključevanje njihovih ustanov v izobraževanje medpoklicnih študentskih timov (Zaletel, 2015). Hkrati so na srečanju predstavniki zdravstvenih strokovnih združenj in Nacionalnega inštituta za javno zdravje izrazili tudi potrebo po vključevanju vsebin medpoklicnega sodelovanja, v obliki obveznih predmetov, v vse študijske programe, ki izobražujejo bodoče zdravstvene strokovnjake (Zaletel, 2015). Dogovarjamo se za sodelovanje s Fakulteto za farmacijo, da bi se nam v prihodnjih letih pridružili tudi njihovi študenti. Pred učiteljskim timom pa je še drugi velik izziv – kako z izobraževanjem preseči ukoreninjeno razmišljanje in »pokroviteljski« odnos zdravstvenih strokovnjakov do uporabnikov zdravstvenih storitev ter vključiti v delo tima tudi širšo skupnost.

## LITERATURA

1. Domajnko, B., Ferfila, N., Kavčič, M. in Pahor, M. (2015). Beyond interprofessionalism: Caring together with rather than for people. V A. Vyt (ur.), M. Pahor (ur.) in T. Tervaskanto Maentausta (ur.). *Interprofessional education in Europe: Policy and practice* (str. 37–48). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
2. Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G. in Wodchis, W. (2014). Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies. The King's Fund. Pridobljeno 30. 10. 2015, s [http://cdn.basw.co.uk/upload/basw\\_102418-7.pdf](http://cdn.basw.co.uk/upload/basw_102418-7.pdf).
3. Kavčič, M., Pahor, M. in Domajnko, B. (2015). User involvement in Slovenian healthcare. *Journal of health organization and management*, 29 (5), 595–610.

4. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (2010). Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju. Pridobljeno 30. 10. 2015, s [http://www.mdds.gov.si/fileadmin/mdds.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_pdf/ZDOZDO\\_uvod\\_cleni\\_in\\_obrazlozitev\\_-\\_12.03.2010.pdf](http://www.mdds.gov.si/fileadmin/mdds.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/ZDOZDO_uvod_cleni_in_obrazlozitev_-_12.03.2010.pdf).
5. Pahor, M. (ur.) (2014). Zavezniki za zdravje: medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
6. Pahor, M., Škodič Zakšek, T., Vettorazzi, R., Ferfila, N. in Kavčič, M. (2015). Interprofessional education in health and social care in Slovenia: Changing students' opinions. V A. Vyt (ur.), M. Pahor (ur.) in T. Tervaskanto Maentausta (ur.). *Interprofessional education in Europe: Policy and practice* (str. 67–76). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
7. Peterle, H. (2006). Stališča študentov medicine in zdravstvene nege Univerze v Ljubljani do medpoklicnega sodelovanja / Attitudes of nursing and medical students of Ljubljana University about interprofessional collaboration. *Obzornik zdravstvene nege*, 40 (3), 129–136.
8. Pollard, K. C., Miers, M. E. in Gilchrist, M. (2004). Collaborative learning for collaborative working? Initial findings from a longitudinal study of health and social care students. *Health and Social Care in the Community*, 12, 346–358.
9. Statistični urad Republike Slovenije (2015). Osnovne skupine prebivalstva po spolu, Slovenija, četrtno. Pridobljeno 30. 10. 2015, s [http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/varval.asp?ma=05A1002S&ti=&path=../Database/Dem\\_soc/05\\_prebivalstvo/05\\_osnovni\\_podatki\\_preb/05\\_05A10\\_prebivalstvo\\_cetrtno/&lang=2](http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/varval.asp?ma=05A1002S&ti=&path=../Database/Dem_soc/05_prebivalstvo/05_osnovni_podatki_preb/05_05A10_prebivalstvo_cetrtno/&lang=2).
10. Petek Šter, M. in Švab, I. (2008). Bolniki s sočasnimi boleznimi v družinski medicini. *Medicinski Razgledi*, 47, 205–211.
11. Zaletel, M. (2015) Izziv naj nam predstavlja pacientova zdravstvena težava, ne sodelavci. *Utrip*, 23 (7), 35.
12. World Health Organization (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (WHO/HRH/HPN/10.3). Pridobljeno 25. 09. 2015, s [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO\\_HRH\\_HP\\_N\\_10.3\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf).

# Vloga zdravstvene nege pri umirajočem pacientu

UDK 616-036.8-083

**KLJUČNE BESEDE:** zdravstvena nega, pacienti, umiranje, medicinske sestre

**POVZETEK** - Prebivalstvo se stara, hkrati pa strmo narašča število pacientov z neozdravljivo kronično boleznijo, kar veča potrebe po izvajanju paliativne oskrbe kot celostne pomoči pacientom z napredovalo kronično neozdravljivo boleznijo in njihovim svojcem tudi kasneje, v času žalovanja. Z napredovanjem bolezni nastopi terminalno obdobje, ki je za pacienta in njegove svojce pogosto zelo težko. Pri pacientih se izvaja terminalna paliativna oskrba, ki je naravnana na izvajanje aktivnosti v zadnjem obdobju človekovega življenja. Izvajanje celostne paliativne zdravstvene nege je pomemben del paliativne oskrbe pacienta. V prispevku želimo na podlagi pregleda strokovne in znanstvene literature predstaviti pomen zdravstvene nege in ob tem vlogo medicinske sestre pri umirajočem pacientu.

UDK 616-036.8-083

**KEY WORDS:** nursing care, patient, dying, nurse

**ABSTRACT** - The population is ageing, and the number of patients with incurable chronic disease is sharply on the rise, also increasing the demand for implementation of palliative care. Palliative care means a comprehensive support to patients with an advanced chronic incurable disease and their relatives, who are offered the support during the time of mourning as well. With the advancement of the disease a terminal period occurs, which is often a very difficult time for both, the patient and their relatives. The terminal palliative care, oriented towards the activities of palliative care in the last period of human life, is being implemented. At this point, the comprehensive palliative nursing care is of immense importance, since it is an important part of the palliative care. In this contribution we want to introduce the importance of nursing care with dying patients, based on the review of scientific literature, and to highlight the role of nurses.

## 1 Uvod

Razvoj medicine je v mnogih pogledih omogočil kakovostnejše življenje, veliko bolezni se lahko prepreči ali ozdravi, umiranje pa je postalo težje. Vsak človek ima lastno, neponovljivo življenjsko pot od rojstva do smrti. Zaveda se, da se na življenjski poti stara, in da se bo le ta nekoč tudi končala, zaradi neozdravljive bolezni lahko mnogo prej (Saje in Filej, 2014). Ljudje se pogosto sprašujejo kako bodo umrli, ter ali bodo imeli v času umiranja ob sebi razumevajoče ljudi, ki bodo občutili in razumeli njihove potrebe, da bodo umrli mirno in dostojanstveno (Zgaga in Pahor, 2004). Večina ljudi si želi umreti doma, ter da bi ob smrti imeli ob sebi svoje najdražje, žal pa se vse prevečkrat dogaja, da umrejo v zdravstvenih ustanovah med tujimi ljudmi. Medicinske sestre se pri svojem delu pogosto srečujejo z umirajočim pacientom. Stik z umirajočimi ter njihovimi svojci ne zahteva samo poguma, izostrenega čuta in sposobnosti življenja, temveč predvsem zdrav človeški razum in spoprijemanje z mislijo na lastno umiranje (Fassler-Weibel, 1996, v Zgaga in Pahor, 2004). Vsakemu umirajočemu lahko strokovno usposobljena in razumevajoča medicinska sestra pomaga pri izvajanju tistih aktivnosti, ki bodo pripomogle k mirni smrti (Zgaga in Pahor, 2004).



Pri umirajočih pacientih morajo medicinske sestre najti primeren pristop k izvajanju zdravstvene nege. Pomembno mesto pri tem zavzema paliativna zdravstvena oskrba, ki preprečuje, lajša, zmanjšuje ali ublaži simptome bolezni, ki ni ozdravljiva (Ivanuša in Železnik, 2008). Izvajanje paliativne zdravstvene nege predstavlja pomemben del paliativne oskrbe. Filozofija paliativne zdravstvene nege je zagotoviti pacientu mirno smrt, brez bolečin in trpljenja, v soglasju z željami pacienta in svojcev, sprejemljivo in skladno s kliničnimi, kulturnimi ter etičnimi pravili (Ivanuša in Železnik, 2008).

## 2 Paliativna oskrba

Paliativna oskrba je aktivna celostna pomoč pacientom vseh starosti z napredovalo kronično neozdravljivo boleznijo in njihovim bližnjim v času bolezni, kot v procesu žalovanja. Paliativna oskrba ni opredeljena z določenim obolenjem, starostjo pacienta, njegovim prepričanjem itd., temveč temelji na oceni stanja pacienta s katerokoli neozdravljivo boleznijo, oceni prognoze njegove bolezni ter oceni specifičnih potreb pacienta in njegovih bližnjih. S paliativno oskrbo se lahko začne že zgodaj po diagnozi neozdravljive bolezni in se nadaljuje v procesu umiranja, smrti in žalovanja. Njen namen je izboljšati kakovost življenja pacientom in njihovim bližnjim s preventivnimi ukrepi in lajšanjem trpljenja tako, da ga zgodaj prepoznamo, ustrezno ocenimo in obravnavamo. Trpljenje pri tem ni omejeno samo na bolečino, temveč zajema tudi druge telesne, psihološke, socialne ter duhovne stiske in težave (Državni program paliativne oskrbe, 2010).

Paliativna oskrba se razvija v samostojno specializacijo tako v medicini, kot tudi v zdravstveni negi. Nekatere njene najbolj značilne vsebine za bolne z napredovalo kronično boleznijo obsegajo:

- najboljšo možno pozorno oskrbo telesnih težav (kronične bolečine in drugih motečih simptomov, kot so: dispneja, delirij, slabost, bruhanje, zaprtje, kaheksija, depresija itd),
- najboljšo možno pozorno oskrbo psihosocialnih in duševnih težav,
- kontinuiteta obravnave na celotni pacientovi poti,
- sodelovanje pacienta in svojcev v določanju prioritet in načrta oskrbe,
- etične dileme,
- komunikacijske spretnosti,
- zaključevanje življenja in podpora v razumevanju smisla bivanja in minevanja,
- proces umiranja,
- podpora svojcem v procesu žalovanja,
- etične dileme in novi pristopi v raziskovanju v paliativni oskrbi,
- metode izobraževanja, ki omogočajo pridobivanje novih znanj in spretnosti ter spremembe stališč do umiranja in smrti (Doyle, Hanks in MacDonald, 2004, v Lunder, 2013).

Avtorja Coluzzi in Rhiner (v 1996, v Skela Savic, 2005) izpostavljata pomembno vlogo zdravstvene nege v paliativni oskrbi, kar je tudi vsebina definicije, ki jo je zapisala

Svetovna zdravstvena organizacija o paliativni oskrbi. Učinkovita paliativna oskrba zahteva timski pristop različnih strokovnjakov, kar se kaže v naslednjih procesih dela:

- podajanje informacij,
- svetovanje,
- učenje pacientov in svojcev,
- zagotavljanje kontinuirane obravnave med bolnišnico in domačo oskrbo,
- spremljanje in vrednotenje simptomov napredovale bolezni.

### 3 Paliativna zdravstvena nega

Paliativna oskrba si v Sloveniji šele utira pot. Medicinske sestre že od nekdaj delajo z umirajočimi pacienti in ob tem velikokrat doživljajo osebne stiske, ravno zaradi pomanjkanja znanja o paliativni oskrbi ali zaradi slabo organizirane oziroma sploh neorganizirane strokovne paliativne oskrbe. Treba je poudariti, da je cilj paliativne zdravstvene nege izboljšanje kakovosti posameznikovega življenja in omogočanje dostojanstvene smrti. Poleg strokovnega znanja in veščin je odnos do pacienta bistvo paliativne zdravstvene nege (Jelen Jurič, 2009).

Paliativna zdravstvena nega je posebno področje zdravstvene nege, ki temelji na ciljih in značilnostih paliativne oskrbe, katere nepogrešljiv del je. Paliativna zdravstvena nega je celostna zdravstvena nega pacientov z napredovalo ter neozdravljivo boleznijo. Za kakovostno izvajanje le te, morajo izvajalci paliativne zdravstvene nege imeti ustrezne komunikacijske sposobnosti ter vedenjske in osebnostne lastnosti (Državni program paliativne oskrbe, 2010).

Zagotavljanje zdravstvene nege pri pacientih v terminalnem stanju ima globok pomen za umirajočega, njegove svojce, pa tudi za ostale negovalce. Izvaja se humana, fizična, psihična, socialna in duhovna podpora. Izguba in žalovanje prizadenejo umirajočega in svojce fizično, psihično, socialno in duhovno. Vloga medicinske sestre pri spremljanju žalujočih vključuje pomoč pacientom ter svojcem, ki izražajo izgubo in žalujejo (Ivanuša in Železnik, 2008).

Udobje umirajočega zahteva obravnavo bolezenskih simptomov in terapije. Za mnoge umirajoče paciente je značilna izčrpanost, ko pacient doživlja neugodje in bojažen zaradi poslabšanja bolezni. Zaskrbljenost in strah pri mnogih pacientih povečuje neugodje. Medicinska sestra mora oceniti značilnosti teh simptomov ter bolnikovih želja v obravnavi simptomov in skrbno izbrati ustrezno zdravstveno nego (Ivanuša in Železnik, 2008).

Izhodišče paliativne zdravstvene nege je multidisciplinarni timski pristop. Posebno vlogo ima medicinska sestra, ki vzpostavlja medsebojno komunikacijo v timu. Pacientom in družini večinsko uresničuje načrte tima ob bolniški postelji z izvajanjem aktivnosti zdravstvene nege, s pogovorom in z učenjem pacienta in svojcev (Plank, 2014).

Paliativna zdravstvena nega pacienta temelji na podpornem modelu zdravstvene nege, ki je bil razvit na osnovi analize dela medicinskih sester na področju obvladovanja bo-

lečine. Model vključuje šest medsebojno prepletenih dimenzij paliativne zdravstvene nege (Davies in Oberle, 1990, v Plank, 2014):

- spoštovanje ljudi in vsakega posameznika, prepoznavanje njegovih značilnosti, ter sposobnosti,
- medsebojno povezovanje s posameznikom in njegovo družino vzpodbudi proces zaupanja, poznavanje potreb, predstavitev vlog,
- spodbujanje, dajanje podpore, informacij,
- delati za se nanaša na fizične simptome in nanje vezano zdravstveno nego,
- pri iskanju pomena se medicinska sestra usmerja v življenje in pričakovanje smrti, vodi odkrit razgovor na bolnikovo željo,
- ohranjanje integritete je usmerjeno na bolnika in na medicinsko sestro, medicinska sestra mora obvladati svoja čustva, imeti samospoštovanje in vzdrževati psihofizično pripravljenost na delo.

#### 4 Potrebe umirajočega pacienta in vloga medicinske sestre

Umirajoči pacient potrebuje predvsem dvoje in sicer, da ni sam in da ga ne boli. Potrebuje dobro nego ter da z njim ravnajo do konca človeško in dostojanstveno. Ob sebi potrebuje človeka, ki z njim upa, je z njim odkrit in mu omogoči, da spregovori o sebi. Gotovo pa umirajoči ne potrebuje zahtevnih in agresivnih preiskav ali aktivnega zdravljenja ogrožajoče bolezni. Zato je bolje, da svojo energijo usmerimo v preprečevanje in lajšanje trpljenja kot pa v podaljševanje življenja za vsako ceno. Tako neozdravljivo bolnemu človeku omogočimo, da čim bolj kakovostno preživi zadnji delček svojega življenja in da mirno in dostojanstveno umre (Klevišar, 2006).

Zdravstvena nega predstavlja največji del paliativne oskrbe. Medicinska sestra je ena ključnih članov paliativnega tima, saj je največ časa ob pacientu in prenaša svoja kritična opažanja na druge člane paliativnega tima. Medicinska sestra lahko le z dobrim znanjem s področja potreb pacienta in njegovih svojcev ter komunikacije z neozdravljivo bolnim in s poznavanjem simptomov in ukrepanjem ob njihovem pojavu zagotavlja celostno in kakovostno zdravstveno nego ter skupaj s člani drugih timov izboljša kakovost življenja pacienta in njegovih bližnjih, ki se soočajo s težavami ob neozdravljivi bolezni (Slak, 2011).

O pacientovih potrebah ob koncu življenja je treba spregovoriti že v času, ko pacient lahko še sam odloča. Pomembno je, da so v odločanje, če je le možno vključeni tudi pacienti svojci, saj bodo le na tak način lahko pripravljeni na neizogiben konec in imajo čas da gredo čez vse stopnje sprejemanja bolezni. Prav tako tudi pacient ve, kaj ga čaka, lahko se pripravi na neizogibno slovo, svojci poznajo njegove želje in so v naprej pripravljeni na pričakovane zaplete (Slak, 2011).

Zdravstvena nega v zadnjih dneh življenja si prizadeva za zadovoljitev naslednjih pacientovih potreb:

- fizične (lajšanje bolečin, lajšanje ostalih simptomov napredovale bolezni, osebna higiena, menjava položaja, spanje in počitek itd.),

- čustvene (komunikacija, vzpodbujanje pri izražanju čustev, preprečevanje osamljenosti itd.),
- socialne (hrana po želji pacienta, glasba, zagotavljanje primerne prostora za pogovore pacienta s svojci, možnost in vzpodbujanje stalne prisotnosti svojcev ob umirajočem itd.),
- duhovne (poslušanje in razumevanje pacienta, ureditev duhovne podpore itd.) (Jelen Jurič, 2009).
- Specifične naloge medicinske sestre v paliativni zdravstveni negi so:
- prepoznavanje in načrtovanje aktivnosti zdravstvene nege pri simptomih napredovale bolezni,
- načrtovanje in izvajanje postopkov za podporno zdravljenje in zdravstveno nego na stopnji paliativne oskrbe (spremljanje učinkov protibolečinske, antiemetične, antikonvulzivne terapije ter psihotropnih zdravil, rokovanje s podkožno elastomerno črpalko itd.),
- aktivno vključevanje pacientov in njihovih svojcev v načrtovanje paliativne zdravstvene nege in oskrbe, ponujanje predlogov, pojasnjevanje možnosti, obveščanje, podpora pri odločitvah, opogumljanje bolnika in svojcev, omogočanje izražanja negativnih občutkov, aktivno poslušanje itd.),
- prepoznavanje in načrtovanje aktivnosti ob bližajoči se smrti, socialnih potrebah, potrebah po duhovnosti itd.,
- podpora družini in skrbnikom, poznavanje procesov žalovanja in prepoznavanje in ukrepanje ob patoloških načinih žalovanja,
- vključevanje v tim za paliativno oskrbo v smislu predstavitve pacientovih težav tako na fizični kot psihosocialni ravni s ciljem timskega in celovitega pristopa k reševanju bolnikovih simptomov,
- učenje in obveščanje pacientov in svojcev za sodelovanje v procesu paliativne oskrbe ter preprečevanje zapletov zdravljenja in zdravstvene nege na stopnji paliativne obravnave,
- prakticiranje holistične in z dokazi podprte zdravstvene nege (Skela Savič idr., 2004, v Slak, 2011),
- zagovorništvo, poudarjanje stališč pacienta in njegovih svojcev,
- zdravstvenovzgojno delo in
- povezovanje z izvenbolnišničnim paliativnim timom (Slak, 2011).

Medicinske sestre so tudi etično zavezane k ustrezni obravnavi umirajočega pacienta in njegovih svojcev, kar je navedeno v III. načelu Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, ki pravi, da morajo izvajalci zdravstvene nege in oskrbe spoštovati dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni, ob umiranju ter po smrti (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014).

## 5 Komunikacija s paliativnim pacientom in njegovimi svojci

Na splošno lahko rečemo, da nastaja največ problemov v našem življenju zato, ker ne znamo dobro komunicirati med seboj. Dobra komunikacija je še posebej pomembna takrat, ko je človek bolan in umira. Tu prihajajo še bolj kot drugače v življenju do izraza vse oblike človeške komunikacije: besedna (direktna, simbolična) ter nebesedna (pogled, dotik, nasmeh itd.). Vedno je potrebno preveriti tudi delovanje pacientovih čutov. Če pacient ne sliši je potrebno z njim komunicirati drugače, tudi s pacientom v komi je mogoče komunicirati. Za vse spremljevalce umirajočih naj velja načelo, da se je ob umirajočem pacientu treba vesti tako, kot da vse vidi in sliši (Klevisar, 2006). V komunikacijski odnos vstopamo s svojo osebnostjo, znanjem, lastnimi izkušnjami, vedenjem ter predstavami. Poklic zdravstvenega delavca nas zavezuje, da prepoznamo in upoštevamo spremembe v komunikacijskem odnosu pacienta in njegove družine. Neozdravljiva bolezen prinaša osebne stiske, strahove, negotovosti itd. Potreba teh ljudi po zaupanju ter sporočanju svojega doživljanja postane primarna. Pomen komunikacije ter večine prepoznavanja sporočil in podpora v tem postane pomemben del zdravstvene oskrbe (Wolf, 2014).

Vsaka komunikacija s hudo bolnim in umirajočim je pot v neznano. Ne obstajajo recepti, vedno znova si začetnik, vedno znova moraš sproti presoditi kaj storiti in kaj reči. Zato ni nič čudno, da se ljudje bojijo takšne komunikacije (Klevisar, 2006).

V medsebojnem sporazumevanju poznamo številne vplive, ki lahko izboljšajo ali otežijo komunikacijo. Vplivi, ki izboljšajo komunikacijo, so (Wolf, 2014):

- spoštovanje sočloveka,
- zaupanje,
- spoštovanje drugačnosti ljudi,
- pristnost v odnosu,
- strpnost v odnosu,
- vljudnost, prijaznost, izkazovanje pozornosti,
- humor, pohvala, dobra volja,
- pozitiven odnos do življenja, pozitivno mišljenje,
- optimizem in pozorno poslušanje.

Vplivi, ki so ovira v komunikaciji, so (Wolf, 2014):

- strah, jeza, nenadzorovana čustva,
- netolerantnost,
- nerazrešeni lastni konflikti, predsodki,
- vrednotenje,
- siljenje v določeno smer z dobrimi nasveti,
- moraliziranje,
- pesimizem,
- površno poslušanje, takojšnje iskanje rešitve problema,
- pomanjkanje časa,
- prekinjanje sogovornika,

- zmanjševanje, razvrednotenje sogovornikovih stisk in problemov,
- preusmeritev teme pogovora, ki je neprijetna, beg od problema.

Komunikacija s svojci umirajočega pacienta je prav tako pomembna kot komunikacija s samim umirajočim. Tudi oni potrebujejo pomoč. Komunikacija z njimi je običajno težja kot s pacientom, ki ima navadno bolj stvaren odnos do svojega stanja. Vse kar velja za umirajočega, velja tudi za komunikacijo s svojci. Tudi svojcem je potrebno dati priložnost da spregovorijo o njihovi stiski. Vedeti moramo, da njihova stiska običajno ni nič manjša od pacientove. Tudi pri svojcih moramo biti pozorni na vse oblike simbolične in nebesedne komunikacije (Klevišar, 2016).

## 6 Zaključek

Paliativna oskrba pacienta je zelo pomembno področje pri obravnavi pacienta. Pomemben del paliativne oskrbe predstavlja izvajanje paliativne zdravstvene nege ter vloga medicinske sestre. Le ta z vsem svojim znanjem, ustreznim odnosom do pacientov in njihovih svojcev pomembno doprinaša h kakovostni obravnavi in s tem pomembno vpliva, da je življenje pacientov v paliativni oskrbi čim bolj kakovostno izživeto vse do konca, medtem ko je njihovim svojcem v oporo tudi v času žalovanja. Zagotovo imamo na področju paliativne oskrbe in s tem vključno paliativne zdravstvene nege v slovenskem prostoru še ogromno za postoriti, zavedati se pa moramo, da smo na dobri poti.

## LITERATURA

1. Državni program paliativne oskrbe (2010). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno 30. 10. 2015, s [https://www.google.si/?gws\\_rd=cr,ssl&ei=XMg2VsLqKYWMPb-5guAN#q=dr%C5%B4avni+program+paliativne+oskrbe](https://www.google.si/?gws_rd=cr,ssl&ei=XMg2VsLqKYWMPb-5guAN#q=dr%C5%B4avni+program+paliativne+oskrbe).
2. Ivanuša, A. in Železnik, D. (2008). Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
3. Jelen Jurič, J. (2009). Zdravstvena nega v zadnjih dneh življenja. V S. Novaković, B. Zakotnik in J. Žgajnar (ur.), Paliativna oskrba bolnika ob koncu življenja: zbornik/22. onkološki vikend, Portorož, 12. in 13. junij 2009. Ljubljana: Kancerološko združenje SZD: Onkološki inštitut: zveza slovenskih društev za boj proti raku.
4. Klevišar, M. (2006). Spremljanje umirajočih. Ljubljana: Družina.
5. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
6. Lunder, U. (2013). Načela paliativne oskrbe. V A. Presker Planko in K. Esih (ur.), Paliativna zdravstvena nega (str. 4–11). Celje: Visoka zdravstvena šola.
7. Plank, D. (2014). Vloga zdravstvene nege pri lajšanju motečih simptomov v paliativni oskrbi. V B. M. Kaučič, D. Plank, A. Presker Planko in K. Esih (ur.), Celostna obravnava pacientov kot vodilo za kakovostno paliativno oskrbo (str. 84–102). Celje: Visoka zdravstvena šola.
8. Saje, M. in Filej, B. (2014). Terminalna oskrba-vidik kakovosti ob izteku življenja. V B. M. Kaučič, D. Plank, A. Presker Planko in K. Esih (ur.), Celostna obravnava pacientov kot vodilo za kakovostno paliativno oskrbo (str. 121–135). Celje: Visoka zdravstvena šola.

9. Skela Savič, B. (2005). Od besed k dejanju: zdravstvena nega kot integralni del paliativne oskrbe onkoloških bolnikov. *Obzornik zdravstvene nege*, 39 (4), 245–253.
10. Slak, J. (2011). Zdravstvena nega bolnika ob koncu življenja. V T. Žontar in A. Kvas (ur.), *Paliativna oskrba srčno – žilnega bolnika: zbornik prispevkov z recenzijo* (str. 21–30). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji.
11. Wolf, N. (2014). Pomen komunikacijskih veščin v paliativni – Hospic oskrbi. V B. M. Kaučič, D. Plank, A. Presker Planko in K. Esih (ur.), *Celostna obravnava pacientov kot vodilo za kakovostno paliativno oskrbo* (str. 74–81). Celje: Visoka zdravstvena šola.
12. Zgaga, A. in Pahor, M. (2004). Umiranje v očeh študentov zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 38 (4), 325–331.

# Starejši ljudje v domačem okolju

UDK 364.68-053.9

**KLJUČNE BESEDE:** starejši ljudje, okolje, dnevne aktivnosti, samostojnost, varnost

**POVZETEK** - V zadnjem desetletju se je število starejših povečalo. Soočamo se z novimi vprašanji in izzivi, kako najti učinkovite in trajnostne rešitve. Samo 5 % starejših, starih 65 let in več, živi v institucionalnih okoljih, vsi ostali pa živijo doma. Na kvaliteto življenja starejših, ki živijo v domačem okolju, vpliva več dejavnikov. Najbolj pogosti dejavniki so demografski, socio-ekonomski in dejavniki, povezani s funkcionalnim stanjem. Delovni terapevti lahko s svojim znanjem veliko prispevajo h kvalitetnejšemu življenju starejših. Usmerijo se na ocenjevanje stopnje samostojnosti pri izvajanju dnevnih aktivnosti in v nadaljevanju s terapevtskimi strategijami vplivajo na zvišanje te stopnje. Na podlagi analize domačega okolja lahko posamezniku tudi svetujejo glede potrebnih in smiselnih prilagoditev. Med starejšimi, ki živijo doma ( $N = 450$ ), smo izvedli kvantitativno študijo uredjenosti domačega okolja. Ugotavljali smo stopnjo samostojnosti pri opravljanju aktivnosti v vsakdanjem življenju. Z raziskavo smo želeli preveriti, ali obstajajo statistično pomembne razlike v stopnji samostojnosti glede na oceno posameznih okoljskih vidikov v domačem okolju. Rezultati so pokazali statistično pomembne razlike med spoloma v samostojnosti pri opravljanju dnevnih aktivnosti in da so starejši, ki živijo v domačem okolju z manj ovirami, bolj samostojni.

UDC 364.68-053.9

**KEY WORDS:** elderly people, environmental factors, daily activities, independence, safety

**ABSTRACT** - The growth of the elderly people population in the last decade has caused many changes. A little known fact is, that just 5% of the elderly, aged 65 and above, lives in institutional settings, all others live at home. The quality of living in the home environment is influenced by many factors. The most frequently pointed out factors are demographic, socio-economic and factors associated with functional status. Equipped with a broad range of strategies, occupational therapists can participate in several areas of addressing this issue. They can focus on evaluating the elderly people's ability to perform daily activities and, furthermore, influence the increase of the ability by therapeutical strategies. In the home environment, occupational therapists can help the elderly maximise their independence in carrying out daily activities. Among the elderly living at home ( $N=450$ ), we performed a quantitative study on the arrangement of the home environment. We investigated the level of independence in performing activities of daily living. With this research, we wanted to check whether there are statistically significant differences in degrees of independence, according to the evaluations of the certain environmental aspects in the home environment. The results showed statistically significant differences between the genders in independence in carrying out daily activities, and that the elderly, living in unmodified home environments, are less independent.

## 1 Teoretična izhodišča

Starejši nad 65 let predstavljajo 18,5 % delež celotnega prebivalstva EU-28. Najvišji je bil njihov delež glede na celotno populacijo konec leta 2014 v Italiji (21,4 %) in v Nemčiji (20,8 %). Na Irskem so z 12,6 % zabeležili njihov najnižji delež. Slovenija se s svojim 17,5 % deležem giblje nekje vmes (Evrostat, 2015).

V razvitih državah je večina starejših ljudi nad 65 let še vedno zelo aktivnih pri skrbi za svoje zdravje k čemur jih spodbujajo skupni cilji zapisani tako v mednarodnih (World Health Organization, 2007) kot v nacionalnih programih (MDDSZ, 2011) skrbi za starejše, katerim se želijo čim bolj približati oziroma jih doseči. V omenjenih listinah zasledimo dejstvo, da prilagojeno okolje ni samo v pomoč starejšim pri izved-



bi aktivnosti temveč jim na drugi strani nudi in dovoljuje neodvisno funkcioniranje v vsakdanjem življenju in v njim pomembnih okupacijah (Anemaet, 1999).

V Sloveniji 95 % populacije nad 65 let biva v domačem okolju (Skupnost socialnih zavodov Slovenije) in med njimi jih je le 1,6 % prejemnikov socialne pomoči na domu. Zato nas ne preseneča pogosto na glas izražena želja ljudi, da bi svojo starost želeli čim dlje preživeti v domačem okolju, ker na ta način ohranjajo lastno avtonomijo in dostojanstvo (Loe, 2010). Kljub upadu posameznih funkcij in spretnosti jim življenje v lastnem domu omogočajo socialnovarstvene storitve pomoči na domu, katerih prejemnik lahko postanejo (Galof, 2014) in katerih se je v letu 2014 v Sloveniji posluževalo 88,7 % (6.108 oseb) starejših nad 65 let (MDDSZ, 2015).

Vrste okolja in njihov vpliv na posameznika so raziskovali številni avtorji ter razvijali modele obravnave in ocenjevanja v interakciji človek, okolje, aktivnost in tehnologija (Trefler, 1997; Fougeyrollas, 1999; Ocepek, 2013; Teel, 1997; Chan, 2008).

Delovni terapevt kot eden od strokovnjakov multidisciplinarnega tima obravnave na domu s strokovno delovnoterapevtsko obravnavo v domačem okolju starejšim ljudem omogoča, da čim dlje ostanejo doma, tako v starosti kot po različnih bolezenskih stanjih, zaradi katerih je njihovo vsakdanje življenje ovirano, oni sami pa odvisni od pomoči drugih. Glavno orodje pri delovanju delovnega terapevta je uporaba aktivnosti (Galof, 2014).

Izziv starajoči se družbi predstavlja močna povezanost med mobilnostjo in dobrim počutjem pri starejših (Nardbakke, 2014) zato smo z raziskavo želeli ugotoviti stopnjo samostojnosti starejših pri izvedbi osnovnih dnevnih aktivnosti (ODA) in širših dnevnih aktivnostih (ŠODA) ter analizirati kateri so tisti dejavniki okolja, ki vplivajo na samostojnost starejših pri izvedbi aktivnosti v domačem okolju.

Na podlagi literature in lastnih izkušenj smo za namene raziskave oblikovali naslednje hipoteze:

*Hipoteza 1:* Domnevamo, da so starejši, ki živijo sami (ločeno od ožje družine), bolj samostojni pri izvajanju ŠODA.

*Hipoteza 2:* Domnevamo, da starejši, ki živijo sami/ s partnerjem, živijo v bolj prilagojenem okolju.

*Hipoteza 3:* Domnevamo, da so starejši ljudje, ki živijo v bolj prilagojenem okolju, bolj samostojni.

## 2 Metoda

V raziskavo smo vključili 450 starejših ljudi nad 65 let, ki živijo v domačem okolju na področju Republike Slovenije.

Celoten vzorec smo za potrebe statistične obravnave razdelili na 1. skupino, v katero smo vključili starejše, katerih starost je bila med 65 in 80 let in 2. skupino, v katero smo razvrstili sodelujoče starejše ljudi stare 81 let in več.

Za potrebe raziskave smo oblikovali anketni vprašalnik Starejši ljudje v domačem okolju, ki je bil sestavljen iz treh delov. Prvi del je vseboval 8 vprašanj s področja izvedbe osnovnih dnevnih aktivnosti (ODA), drugi del 9 vprašanj s področja izvedbe širših dnevnih aktivnosti (ŠODA) in zadnji del 26 vprašanj s področja dejavnikov okolja. Na koncu smo sodelujoče povprašali tudi po demografskih podatkih.

Z analizo dobljenih rezultatov 3 stopenjske lestvice (samostojen, delno samostojen, ne samostojen) pri izvedbi ODA in ŠODA želimo prikazati nivo samostojnosti starejših pri izvajanju omenjenih dnevnih aktivnosti v domačem okolju.

Prirjena in prevedena kontrolna lista dejavnikov okolja (Mackenzie idr., 2000) je bila uporabljena za določanje okoljskih dejavnikov, ki predstavljajo potencialno nevarnost za poškodbe in pri kateri so bili podani trije možni odgovori: prisotni elementi so varni/ prisotni elementi niso varni/ omenjeni elementi niso prisotni.

Pri obdelavi pridobljenih podatkov smo uporabili deskriptivno in analitično statistiko. S Chi-kvadratom smo ugotavljali morebitno povezanost spremenljivk ODA in ŠODA s spremenljivkami Okoljskih dejavnikov. Za ugotavljanje razlik med ŠODA/ODA spremenljivkami in dejavniki okolja glede na to s kom živijo smo uporabili Mann Whitney in Kruskal Wallis test. Izračun smo naredili s statističnim programom IBM SPSS v.23 for Windows za osebne računalnike.

### 3 Rezultati

Med udeleženci v naši raziskavi so večino (69,8 % = 314) vzorca predstavljale ženske (moški = 136).

Starost udeležencev je bila od 65 do 94 let. V mlajši skupini (65 do 80 let) je bilo 351 udeležencev in v starejši (81 do 95 let) 99 udeležencev.

Večina izmed udeležencev (N = 184) živi z ožjo družino, ostali s partnerjem (N = 145). Sledi število tistih udeležencev, ki živijo sami (N = 112), medtem, ko je izredno majhna skupina udeležencev za odgovor izbrala možnost drugo (N = 9).

Starejši, ki so sodelovali v raziskavi, živijo bodisi v enostanovanjski (N = 219) ali v večstanovanjski hiši (N = 146), v bloku brez dvigala (N = 48) ali v bloku z dvigalom (N = 37).

Večina udeležencev ne prejema nobene pomoči (N = 400), 23 jih prejema prostovoljno pomoč in 27 plačljivo pomoč.

Ker je statistična analiza pokazala, da je pri ostalih spremenljivkah, kjer se je pokazala statistično pomembna razlika, razlika samo med skupinama »sami« ali »s partnerjem« in med skupino, ki živi z ožjo družino, smo prvi dve skupini združili. Po združitvi prvih dveh skupin s kom živijo (sami in ali s partnerjem) je Mann Whitney test je pokazal statistično pomembno razliko pri eni od šestih spremenljivk ODA in pri večini (sedmih od osmih) ŠODA spremenljivk (tabela 1).

Graf 1: Struktura vzorca po starosti glede na leta in število udeležencev

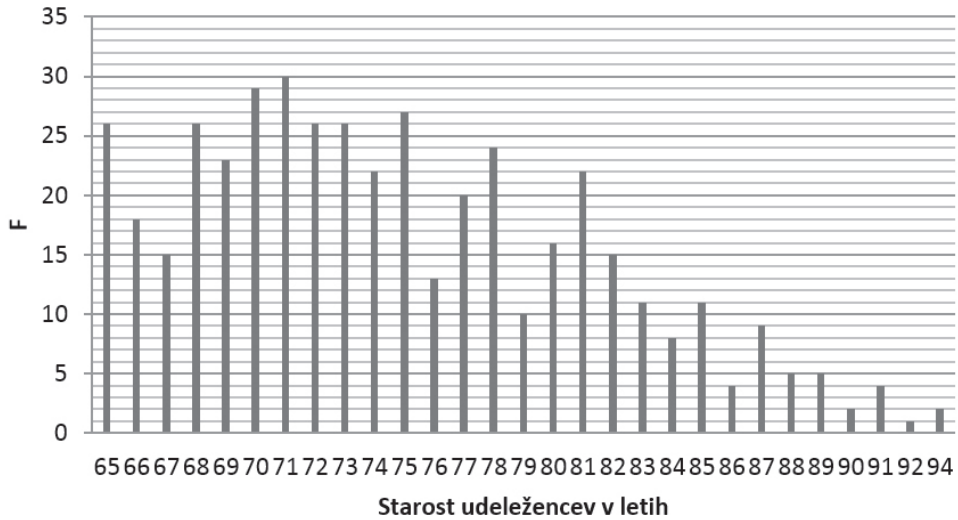


Tabela 1: Razlike v stopnji samostojnosti glede na to s kom živijo

Spremenljivke	<i>M_sami/zakoncem</i>	<i>M_z ožjo družino</i>	<i>P (Mann-Whitney)</i>
šoda_telefon	2,81	2,67	.006
šoda_mobilnost	2,4	2,08	.000
šoda_nakupovanje	2,63	2,44	.016
šoda_obroki	2,74	2,66	.003
šoda_domačaopr.	2,53	2,31	.004
šoda_zdravila	2,81	2,64	.005
šoda_denar	2,78	2,54	.000
oda_kop_tus	2,81	2,71	.031

Tabela 2: Razlike glede ovir v okolju glede na to s kom živijo

Spremenljivke	<i>M_sam</i>	<i>M_partner</i>	<i>M_ožja družina</i>	<i>P</i>
Nedrseče notranje talne površine	1,63	1,46	1,51	.021
Doseg predmetov v kuhinji	1,67	1,70	1,53	.005
Prenos hrane do jedilne površine	1,93	1,89	1,82	.022
Varna uporaba tuša	1,88	1,89	1,77	.035
Urejenost zunanje poti	1,71	1,85	1,80	.020

Kruskal Wallis izračun je pokazal statistično pomembno razliko med posameznimi skupinami starejših, ki živijo sami/s partnerjem ali ožjo družino pri 5 od 26 spremenljivk, ki ocenjujejo okolje. Pri teh spremenljivkah imajo starejši ljudje, ki živijo sami, bolj prilagojeno okolje glede nedrsečih tal kot tisti, ki živijo s partnerjem ali z ožjo družino. Prav tako imajo starejši ljudje, ki živijo sami bolj urejene poti kot tisti, ki živijo s partnerjem. Starejši ljudje, ki živijo sami ali s partnerjem predmete v kuhinji v

višjem deležu dosežejo brez uporabe pručke/stola in jih prenašajo brez težav kot tisti, ki živijo z ožjo družino in uporabljajo tuš v večji meri brez težav kot tisti, ki živijo z ožjo družino (Tabela 2).

Tabela 3: Stopnja samostojnosti pri ODA/ŠODA glede na ovire v okolju

<i>Dejavniki okolja</i>	<i>ODA/ŠODA spremenljivka</i>	<i>% samostojnosti pri ODA/ŠODA</i>
o_dosegkuh – ne	oda_hranjenje	89,5 %
o_dosegkuh – da		96,8 %
o_prenos hrane – ne	oda_hranjenje	69 %
o_prenos hrane – da		97,9 %
o_luci – slabo osvetljeno	oda_hoja	56,8 %
o_luci – dobro osvetljeno		74 %
o_poti – neurejene	oda_hoja	67,7 %
o_poti – urejene		74,3 %
o_zunstopn – ni ograje	šoda_mobilnost	49,1 %
o_zunstopn – ograja		58,2 %
o_hojastopn – težave	šoda_mobilnost	31,3 %
o_hojastopn – brez težav		62,8 %
o_poti – neurejene	šoda_nakupovanje	53,3 %
o_poti – urejene		68,1 %
o_dosegkuh – ne	šoda_obroki	41,4 %
o_dosegkuh – da		81,8 %

Analizirali smo tudi stopnjo samostojnosti pri izvedbi ODA in ŠODA glede na ovire v okolju. Statistično pomembna povezanost se je pokazala pri 13-ih spremenljivkah ob izvedbi ODA in 11-ih ob izvedbi ŠODA v povezavi z okoljskimi dejavniki. V tabeli 3 prikazujemo izvedbo zgolj tistih ODA/ŠODA spremenljivk, za katere menimo, da imajo poleg statistične pomembnosti tudi vsebinsko povezavo z dejavniki okolja.

## 4 Razprava

Eden boljših načinov vrednotenja zdravstvenega stanja starejših je ocenjevanje funkcionalne izvedbe šestih ožjih dnevnih aktivnosti (ODA - kopanje, oblačenje, uporaba wc-ja, presedanje, kontinenca, hranjenje), ki nam omogoča tudi načrtovanje izvedbe dela pri obravnavi in vrednotenje napredka (Shelkey, 2012). Ocenjevanje osmih kompleksnejših širših dnevnih aktivnosti (ŠODA – raba telefona, mobilnost zunaj doma, nakupovanje, priprava obroka, pospravljanje, pranje perila, jemanje zdravil, ravnanje z denarjem) ocenjuje funkcioniranje starejših na višjem nivoju, ker zahteva več spretnosti za samo izvedbo posameznih aktivnosti (Graf, 2013). Dobljeni rezultati raziskave potrjujejo, da so starejši, ki živijo s partnerjem bolj odvisni od njegove pomoči in posledično manj samostojni pri pripravi obrokov, kar nas glede na dobljeni rezultat preseneča, saj 70 % delež vzorca predstavljajo ženske. Po drugi strani dobljeni rezultati potrjujejo, da so starejši ljudje, ki živijo ločeno od družine svojih otrok veliko bolj samostojni pri izvajanju širših dnevnih aktivnosti (Tabela 1) s čimer potrjujemo prvo postavljeno hipotezo.

Za čas ekonomske krize in pomanjkanja delovnih mest za mlade tako imenovane »sendvič generacije« ne preseneča, da 41 % delež sodelujočih živi z ožjo družino, kar glede na dobljene rezultate lahko zavira njihovo samostojnost izvajanja širših dnevnih aktivnosti. Po drugi strani življenje od tistih starejših ljudi, ki bivajo sami ali v eni izmed oblik partnerske zveze zahteva oz. pričakuje večjo samostojnost, jim nudi manj pomoči in jih vsakodnevno sili, da so aktivni tako pri skrbi zase kot tudi na področju dela, produktivnosti in prostega časa, kar odražajo širše dnevne aktivnosti.

Vsak posameznik si okolje prilagaja glede na lastne potrebe povezane z njegovim življenjskim slogom in vse bolj pogosto tudi glede na finančne zmožnosti, kjer spremembe življenjskega sloga povezane z zdravstvenim stanjem prepogosto ostanejo odrinjene v ozadje zaradi socialno ekonomskih razmer posameznika ali njegove družine, kar je v veliki meri občutiti in opaziti predvsem pri starejših ljudeh.

Pri uvajanju in sprejemanju prilagoditev okolja so bili pri 73 letnih preiskovancih (Curl, 2015) pomembni tako lastna pozitivna naravnost do uvajanja sprememb kot njihovo omogočanje vključevanja v njim pomembne aktivnosti. Vključenim v raziskavo Claydena idr. (2006) ni zadoščalo niti šest mesečno obdobje po uvedbi prilagoditev, da bi jih sprejeli in se nanjo navadili. Kakorkoli, naše zaznavanje in sprejemanje prilagoditev v domačem okolju ne moremo uvesti v svoj način življenja in funkcioniranja čez noč. Za vsako uvedeno spremembo okoljskih dejavnikov potrebujemo določeno časovno obdobje, da se nanjo navadimo in jo vključimo v svoj način življenja.

Dobljeni rezultati raziskave (Tabela 2) dokazujejo, da so starejši ljudje, ki živijo sami bolj pozorni na okoljske dejavnike povezane s primerno urejenostjo talnih površin ( $P=.021$ ) za katere se priporoča da so nedrseče ter niso dodatno zloščene. Razlog lahko najdemo v raziskavi (Iwarsson, 2009), ki dokazuje da se starejši, ki živijo sami v primerjavi s tistimi, ki živijo s partnerjem ali družino, po okolici pogosteje gibljejo s strahom pred nepričakovanimi ovirami v okolju. Poleg tega starejši, ki bivajo sami ne potrebujejo pomoči pri prenašanju pripravljene hrane iz kuhinjskih delovnih površin do mize, kjer pripravljene obroki zaužijejo ( $P=.020$ ). Statistično pomembne povezanosti nismo našli med okoljskimi dejavniki in mobilnostjo v širšem okolju kar so dokazali švedski raziskovalci (Hallgrimsdottir, 2015) in Iwarsson idr. (2009). Kot je razvidno iz tabele 2, so starejši, ki živijo sami ali s partnerjem veliko bolj pozorni na posamezne prilagoditve domačega okolja. Predvidevamo, da je razlog v organizaciji oz. samostojnosti izvedbe aktivnosti z namenom zadovoljevanja osnovnih življenjskih potreb. Pri posameznih spremenljivkah se je ožja družin pokazala kot okolje, ki je manj stimulatивно za samostojno funkcioniranje starejših. Gibanje starejših v ožjem in širšem okolju zvišuje nivo njihove fizične aktivnosti, menijo finske raziskovalke (Portegijs, 2015), čeprav je potrebno še raziskati ali je fizična aktivnost resnično glavni motivator gibanja pri čemer ne smemo izključiti vpliva okolja in življenjskega sloga.

Ker smo statistično pomembne razlike dokazali le med 5 od 26 dejavnikov okolja, da imajo starejši, ki živijo sami bolj prilagojeno okolje, druge hipoteze ne moremo potrditi. Pri primerjavi stopnje samostojnosti pri ODA/ŠODA glede na oviranost (tabela 3) ugotavljamo, da so starejši, ki imajo domače okolje bolj prilagojeno (npr. dosežejo višje kuhinjske elemente brez uporabe pručke, imajo bolj osvetljena stopnišča, urejene

sprehajalne poti, ograje ob stopnišču) bolj samostojni pri posameznih ODA/ŠODA aktivnostih.

Vsekakor pri razpravi in pregledovanju okoljskih dejavnikov ne smemo izpustiti tudi vseh ostalih, katerih med rezultati nismo zabeležili čeprav se podobno kot Tomšič (2012) strinjamo, da so okoljski dejavniki najpogosteje potencialni dejavniki za padce starejših med katerimi izpostavlja neoznačene robove stopnic, drsljiva tla, slabo osvetljenost hodnikov in stopnišč ter neopremljenost kopalnic z ročaji.

Glede na dobljene rezultate smo prišli do zaključka, da so starejši ljudje, ki imajo prilagojeno okolje načeloma bolj samostojni pri določenih aktivnostih s čimer delno potrjujemo tretjo hipotezo.

## 5 Sklep

Delovni terapevt obravnava posameznika z uporabo specifičnih strategij kot so na primer varčevanje energije, učenje izvedbe aktivnosti, prilagajanje okolja, učenje uporabe pripomočkov za samostojno izvedo dnevnih aktivnosti, učenje strategij za ohranjanje ravnotežja in preprečevanja padcev. Menimo, da je najučinkovitejša intervencija tista, ki posamezniku omogoča napredovanje k samostojnejši izvedbi vsakodnevnih aktivnosti in zmanjšuje število elementov neprilagojenega okolja.

Ne glede na dobljene rezultate imamo še vedno veliko možnosti in priložnosti za zagotavljanje dostopnega in uporabnega domačega okolja za starejše ljudi. Potrebno je nenehno opozarjanje, priporočanje in primerno urejanje domačega okolja, da se približamo dosežkom raziskovalcev (Szanton, 2015), ki so v svojem projektu z intervencijo izboljšali fizično funkcioniranje starejših nad 65 let in zmanjšali njihovo potrebo po hospitalizaciji ter tako dokazali učinkovitost timske obravnave (delovni terapevt, sestra in obrtnik) starejših v domačem okolju.

Vključujoč dejstva staranja populacije in razmišljanja o uvedbi servisne podpore staranju v domačem okolju skladno z načeli dolgotrajne oskrbe je potrebno razvijati vizijo, ki bo podpirala in omogočila čim višjo stopnjo samostojnega funkcioniranja in neodvisnosti v izvedbi vsakodnevnih aktivnosti v domačem okolju živečim starejšim ljudem po 65 letu.

## LITERATURA

1. Anemaet, W. K. and Moffa-Trotter, M. E. (1999). Promoting safety and function through home assessments. *Topics in Geriatr Rehabil*, 15 (1), 26–55.
2. Carlson, J. A., Sallis, J. F., Conway, T. L., Saelens, B. E., Frank, L. D., Kerr, J. Cain, K. L. and King, A. C. (2012). Interactions between psychosocial and built environment factors in explaining older adults physical activity. *Prev. Med*, 54, 68–73. Pridobljeno 20. 9. 2015, s <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743511003975>.
3. Chan, M., Esteve, D., Escriba, C. and Campo, E. (2008). A review of smart homes – Present state and future challenges. *Computer methods and programs in biomedicine*, 91, (1), 55–81.

4. Clayden, A., McKoy, K. and Wild, A. (2006). Improving residential liveability in the UK: Home zones and alternative approaches. *Journal of Urban design*, 11 (1), 55–71. Pridobljeno 19. 9. 2015, s <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13574800500490307>.
5. Curl, A., Thompson, C. W. and Aspinall, P. (2015). The effectiveness of 'shared space' residential street interventions on self-reported activity levels and quality of life for older people. *Landscape and Urban Planning*, 139, 117–125.
6. European Commission (2015). Evrostat. Pridobljeno 31. 8. 2015 s, <http://ec.europa.eu/eurostat>.
7. Fougeyrollas, P., Noreau, L., Michael, G. and Boschen, K. (1999). Measure of the quality of the environment, Version 2.0. INDCP, Canada.
8. Galof, K., Matjaž, A., Ozvatič, K. in Zadavec, L. (2014). Domače bivalno okolje pri starejših. V *Posvetovanje Zrela leta slovenske delovne terapije*. V M. Tomšič, (ur.), *Zrela leta slovenske delovne terapije: zbornik prispevkov z recenzijo: [posvetovanje]*, 28. maj 2014. (str. 141–150). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
9. Graf, C. (2013). The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. Try this: Best practice in nursing care to older adults, 23. Pridobljeno 15. 5. 2015, s [http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try\\_this\\_23.pdf](http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_23.pdf).
10. Hallgrimsdottir, B., Svensson, H. and Ståhl, A. (2015). Long term effects of an intervention in the outdoor environment—a comparison of older people's perception in two residential areas, in one of which accessibility improvements were introduced. *Journal of Transport Geography* 42, 90–97.
11. Iwarsson, S., Horstmann, V., Carisson, G., Oswald, F. and Wahl, H. W. (2009). 'Person-environment fit predicts in older adults better than the consideration of environmental hazards only'. *Clinical Rehabilitation*, 23 (6), 558–567.
12. Kmet Zupančič, R., Hribernik, M., Apohal Vučkovič, L. and (Eds.) (2012). Development report 2012. IMAD, Ljubljana, 180-181. Pridobljeno 3. 3. 2014, s [http://www.umar.gov.si/index.php?id=66&tx\\_ttnews\[tt\\_news\]=1577&cHash=daabfaba00](http://www.umar.gov.si/index.php?id=66&tx_ttnews[tt_news]=1577&cHash=daabfaba00).
13. Loe, M. (2010). Doing it my way: Old women, technology and wellbeing. *Sociol Health Illn.* 32 (2), 319–334.
14. Mackenzie, L., Byles, J. and Higginbotham, N. (2000). Designing the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST): Selecting the items. *British Journal of Occupational Therapy*, 63 (6), 260-269. Pridobljeno 15. 5. 2012, s [http://www.health.vic.gov.au/agedcare/maintaining/falls\\_dev/downloads/B1C1%20Home%20Falls%20and%20Accidents%20Screening%20Tool%20%28Home%20Fast%29.pdf](http://www.health.vic.gov.au/agedcare/maintaining/falls_dev/downloads/B1C1%20Home%20Falls%20and%20Accidents%20Screening%20Tool%20%28Home%20Fast%29.pdf).
15. MDDSZ (2011). Nacionalni program socialnega varstva (NPSV) 2011-2020. Pridobljeno 4. 9. 2015, s [http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_\\_pdf/npsv\\_11\\_20\\_pr\\_080711.pdf](http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/npsv_11_20_pr_080711.pdf).
16. MDDSZ (2015). Izvajanje pomoči na domu, Analiza stanja v letu 2014. Pridobljeno 15. 9. 2015, s [http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_\\_pdf/sociala/Analiza\\_izvajanja\\_pomoci\\_na\\_domu\\_-\\_analiza\\_stanja\\_v\\_letu2014\\_koncno.pdf](http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/sociala/Analiza_izvajanja_pomoci_na_domu_-_analiza_stanja_v_letu2014_koncno.pdf).
17. Nordbakke, S. and Schwanen, T. (2014). Wellbeing and mobility: A theoretical framework and literature review focussing on older people. *Mobilities*, 9 (1), 104–129. Pridobljeno 15. 9. 2015, s <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/17450101.2013.784542>.
18. Ocepek, J. in Pihlar, Z. (2013). Ocenjevanja okolja in dokazi o vplivu prilagoditev domačega okolja na kakovost življenja ljudi z različnimi okvarami. *Rehabilitacija*, 12 (1), 45–51.
19. Portegijs, E., Tsai, L. T., Rantanen, T. and Rantakokko, M. (2015). Moving through Life-Space Areas and Objectively Measured Physical Activity of Older People. Pridobljeno 18. 8. 2015, s <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0135308>.
20. Shelkey, M. and Wallace, M. (2012). Katz Index of independence in activities of daily living (ADL). Try this: Best practice in nursing care to older adults, 2. Pridobljeno 15. 5. 2015, s [http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try\\_this\\_2.pdf](http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_2.pdf).

21. Szanton S. L., Wolff, J. L., Leff, B., Roberts, L., Thorpe, R. J., Tanner, E. K., Boyd, C. M., Xue, Q-L., Guralnik, J., Bishai, D. and Gitlin, L. N. (2015). Preliminary Data from Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders, a Patient-Directed, Team-Based Intervention to Improve Physical Function and Decrease Nursing Home Utilization: The First 100 Individuals to Complete a Centers for Medicare and Medicaid Services Innovation Project. *Journal of the American Geriatric Society*, 63, 371–374. Pridobljeno 15. 9. 2015, s <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.13245/pdf>.
22. Teel, C., Dunn, W., Jackson, S. T. and Duncan, P. (1997). The role of environment in fostering independence: conceptual and methodological issues in developing an instrument. *Top Stroke Rehabil*, 4 (1), 28–40 .
23. Tomšič, M. in Gunčar, M. (2012). Tveganost za padce v domačem okolju. V *Delovna terapija-stroka sedanosti*, 2. februar 2012. Tomšič, Marija (ur.). *Delovna terapija-stroka sedanosti: zbornik prispevkov z recenzijo: [posvetovanje]*, 2. februar 2012 (str. 115–122). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
24. Trefler, E. and Hobson, D. (1997). Assistive technology. In Charles Christiansen, C. and Baum, C. (1997). *Occupational Therapy: Enabling Function and Well-Being*, Second Edition, SLACK, 482–506.
25. World Health Organization (WHO) (2007). Pridobljeno 31. 8. 2015, s <http://www.who.int/research/en/>.



# Diabetična retinopatija in diabetični makularni edem

UDK 617.735-005.98

**KLJUČNE BESEDE:** diabetična retinopatija, makularni edem, laserska fotokoagulacija, anti-VEGF

**POVZETEK** - Sladkorna bolezen prizadene številne organe, med njimi tudi oko. Prizadete so vse očesne strukture, vendar se zaradi najusodnejših posledic za bolnika najpogosteje govori o diabetični retinopatiji. Ob odsotnosti pravočasnega zdravljenja, tako sistemskega kot lokalnega, postane najpogostejši vzrok slepote med 20-im in 64-im letom starosti. Pri diabetični retinopatiji pride zaradi hiperglikemije sčasoma do okvare stene drobnih žilic, ki prehranjujejo mrežnico, kar vodi do nastanka edema mrežnice in krvavitve. Žilice pa se lahko tudi zaprejo, kar vodi do nastanka večjih področij brez žilic oziroma kapilar, kar pa je lahko razlog za nove zaplete, med njimi tudi za krvavitve v steklovino ali pa celo za odstop mrežnice. Za zdravljenje diabetične retinopatije se še naprej, kot desetletja doslej, uporablja laserska fotokoagulacija mrežnice z argonovim laserjem. Kadar je diabetična retinopatija močno napredovala, ali kadar se krvavitve v steklovino ne resorbira spontano, se opravi tudi vitrektomija, ki pa je kirurški poseg. V zadnjem času se po svetu in tudi pri nas za zdravljenje diabetičnega makularnega edema uporablja predvsem t. i. anti-VEGF terapija, ki je od leta 2010 na voljo tudi v SBNM. Uvedba tovrstne terapije je pomemben mejnik pri zdravljenju DME, saj vida ne le ohranja, temveč ga tudi izboljša.

## 1 Uvod

Sladkorna bolezen prizadene številne organe, kar je v prvi meri razlog za slabšo kakovost življenja ali celo povečano umrljivost (Régnier, Malcolm, Allen, Wright in Bezlyak, 2014). Kar se samih očesnih zapletov tiče so zaradi hiperglikemije oziroma povišane ravni sladkorja v krvi, prizadete vse strukture (Mathew, Yunirakasiwi in Sanjay, 2015), vendar se zaradi najusodnejših posledic za bolnika, najpogosteje govori o diabetični retinopatiji. Pomeni okvaro mrežnice očesa, ki je na svetlobo občutljivo živčno tkivo na očesnem ozadju (Mathew idr., 2015). Poleg prizadetosti mrežnice, je prisotna tudi prizadetost drugih struktur očesa. Tako imajo diabetiki pogosteje: suho oko oz. pomanjkanje solz, kronična vnetja vek, nastajanje jčmenov na vekah, pojav-

UDC 617.735-005.98

**KEY WORDS:** diabetic retinopathy, diabetic macular oedema, anti-VEGF, laser photocoagulation

**ABSTRACT** - Diabetes causes damage to different organs in the body, including eyes. All the structures of the eye are usually affected, but diabetic retinopathy has mostly been discussed, mainly due to its consequences for the patient's quality of life. Without any treatment, local or systemic, it is the main cause of blindness in population between 20 and 64 years. Hyperglycaemia as a result of diabetes eventually causes the damage of the small retinal feeding vessels, which in turn leads to an oedema and retinal haemorrhages. As a consequence, the small vessels may also obliterate with ischemic areas, which may lead to further complications such as haematovitreous or even retinal ablation. For several decades, the Argon laser photocoagulation has mostly been used in treating diabetic retinopathy. In very severe cases of diabetic retinopathy, or when the haematovitreous persists for several weeks or more, vitrectomy as a surgical approach of treatment is mostly indicated. For the last few years a so called anti-VEGF therapy has been used worldwide for treating the diabetic macular oedema. Since 2010, it is also available at the General hospital Novo mesto. The availability of such therapy is an important milestone for the DME treatment, mainly because it does not only maintain but also improves the visual acuity.

nost sive in zelene mrežnice (Ghanchi, 2013) in druge zaplete na očesnem ozadju, ki niso diabetična retinopatija (npr. zapora centralne mrežnične vene).

## 2 Epidemilogija

Diabetično retinopatijo po 20 letih sladkorne bolezni skoraj 1/3 bolnikov. Ob odsotnosti pravočasnega zdravljenja, tako sistemskega kot lokalnega je najpogostejši vzrok slepote med 20. in 64. letom starosti. Po podatkih Zveze društev diabetikov Slovenije je v Sloveniji že več kot 130 000 bolnikov s sladkorno boleznijo (SB). Njihovi podatki so skladni z rezultati večje metaanalize iz leta 2012, po katerih je imelo kar 35 % bolnikov s SB, tudi diabetično retinopatijo. Delež bolnikov s proliferativno, napredovalo, obliko diabetične retinopatije je bil po podatkih omenjene raziskave 7 %, delež bolnikov z diabetičnim makularnim edemom (DME) pa prav tako 7 % (Yau idr., 2012).

## 3 Patofiziologija

Pri diabetični retinopatije pride zaradi hiperglikemije sčasoma do okvare stene drobnih žilic, ki prehranjujejo mrežnico. Te postanejo sčasoma bolj prepustne, kar vodi do kopičenja tekočine v plasteh mrežnice oziroma do nastanka DME na eni strani in krvavitve mrežnice na drugi. Do nastanka DME pride zaradi povečane prepustnosti drobnih žilic oziroma kapilar, ki prehranjujejo rumeno pego in tudi zaradi njene specifične zgradbe, zaradi katere je kopičenje tekočine ravno v tem delu mrežnice olajšano (Mathew idr., 2015).

Žilice, ki prehranjujejo mrežnice pa ne le puščajo, temveč se lahko tudi zaprejo. To vodi do nastanka večjih področij brez žilic oziroma kapilar, t.i. akapilarnih področij, ki ostanejo brez kisika in prehrane. Telo si poskuša pomagati tako, da poveča sintezo rastnega dejavnika za žilni endotelij (VEGF – iz angl. vascular endothelial growth factor), ki povzroča tvorbo novih žilic. Te pa so razlog za številne zaplete, nimajo zaščitne vloge in so lahko razlog za krvavitve v steklovino ali pa celo za trakcijski odstop mrežnice.

## 4 Simptomi in znaki

Zaradi okvar na očeh, ki nastanejo kot zaplet SB, pride do postopnega ali nenadnega poslabšanja vidne ostrine in v končni fazi lahko celo do popolne slepote (Régnier idr., 2014).

Pri neurejenih ali nezdravljenih bolnikih je verjetnost nastanka in hitrost napredovanja bolezni in s tem poslabšanja vidne ostrine precej večja.

Bolniki različne motnje vida: lahko gre zgolj za spremembe barvnega vida ali slabše razločevanje kontrasta. Možni so tudi izpadi v vidnem polju. V kolikor pride do kr-

vavitve v steklovino, bolniki opisujejo roje mušic ali pa različne plavajoče motnjave. Kadar je krvavitev dovolj gosta, pa vidijo praktično popolno temo. Poleg krvavitve v steklovino, je drugi razlog za nenadno izgubo vida na enem očesu tudi traksijski odstop mrežnice kot posledica močno napredovale diabetične retinopatije, kjer se na površini mrežnice razraščajo brazgotinski trački, ki vlečejo mrežnico od podlage (2015-2016 Basic and Clinical Science Course, Section 12: Retina and Vitreous, 2015).

Dejansko pa v večini primerov bolniki opisujejo različne stopnje padca vidne ostrine. Razlog za postopno poslabšanje vidne ostrine in popačenost slike na enem ali obeh očesih je v prvi meri prizadetost rumene pege, ki je najbolj centralni del mrežnice, odgovoren za najbolj oster vid. Kot zaplet sladkorne bolezni pride v rumeni pegi do kopičenja tekočine in nastanka otekline oziroma DME (2015-2016 Basic and Clinical Science Course, Section 12: Retina and Vitreous, 2015; Das, McGuire and Rangasamy, 2015). Redkeje sta za prizadetost rumene pege kriva večja krvavitev ali propad žilja, ki jo prehranjuje. V slednjem primeru govorimo o ishemični makulopatiji (2015-2016 Basic and Clinical Science Course, Section 12: Retina and Vitreous, 2015, »Classification of diabetic retinopathy from fluorescein angiograms. ETDRS report number 11. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group.«, 1991). Zaradi pomembnosti funkcije rumene pege imajo bolniki s prizadeto rumeno pego težave pri vseh dnevnih opravilih, pri katerih je potreben oster vid, vključno z sposobnostjo vožnje avtomobila, skrbjo zase, opravljanjem svojega poklica. Bolniki tako postanejo odvisni od tuje pomoči. Pogostejše so depresija, socialna izolacija in poškodbe zaradi slabšega vida.

## 5 Diagnostika

Za oceno stanja očesa predvsem pa očesnega ozadja še posebno mrežnice je potreben celosten pregled. Naprej določimo vidno ostrino s korekcijo, izmerimo očesni tlak in opravimo pregled z biomikroskopom, kjer si sprva ogledamo sprednje očesne dele, nato pa pri široki zenici še očesno ozadje. Ker preiskavo opravimo pri široki zenici, mora bolnik priti na pregled brez avta, kajti po pregledu nekaj ur zaradi meglene vida ob razširjeni zenici, ni sposoben voziti avtomobila. V primeru, ko ugotovimo prisotnost diabetične retinopatije z ali brez sočasnega diabetičnega makularnega edema, imamo na voljo še dodatni diagnostični metodi in sicer optično koherentno tomografijo (OCT) in fluoresceinsko angiografijo (FA) (»Classification of diabetic retinopathy from fluorescein angiograms. ETDRS report number 11. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group.«, 1991).

Prva preiskava, torej OCT, s pomočjo uporabe laserskih žarkov prikaže rumeno pego v prerezu, s čimer nam omogoča natančno oceno njene zgradbe in analizo njenih plasti, vključno z mogočimi patološkimi odstopanji kot je npr. prisotnost otekline rumene pege ali pa nepravilnosti na površini rumene pege, kjer je ta v stiku s steklovino. Preiskava je hitra, neinvazivna in v naši regiji lahko dostopna. Izvajajo pa jo večinoma diplomirane medicinske sestre (DMS).

FA je po drugi strani invazivna diagnostična metoda, za katero se odločamo, kadar so že vidne okvare očesnega ozadja kot posledica diabetične retinopatije. S to preiskavo natančneje kot z biomikroskopom, ocenjujemo stanje žilja mrežnice: prisotnost puščanja žilja ali pa zaporo drobnih žilic kjer ocenjujemo velikost področij mrežnice, ki je brez žilic oziroma kapilar. Preiskava se izvaja tako, da se v nadlahtno veno vbrizga kontrast, nato pa se s zaporednimi angiografskimi posnetki posname razporejanje tega kontrasta po očesnem ozadju (»Classification of diabetic retinopathy from fluorescein angiograms. ETDRS report number 11. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group.«, 1991). Tudi to preiskavo v SB Novo mesto opravimo pri široki zenici, posnamejo pa jo prav tako DMS pod nadzorom zdravnika oftalmologa. Čeprav bi moral biti kvaliteten tim za boleznj mrežnice sestavljen iz sester, administratorjev, fotografa in OCT tehnikov (Ghanchi, 2013), povsod po Sloveniji zaenkrat temu še ni tako.

Sami očesni pregledi, tako sprednjih delov, kot očesnega ozadja pri široki zenici se izvajajo v vsaki oftalmološki ambulanti. Vse več takih ambulant je dan danes opremljenih tudi z OCT aparatom. Preiskavo FA pa je, vsaj kar se naše regije tiče, moč opraviti le v bolnišnici in sicer ambulantno.

## 6 Preprečevanje zapletov

Redni pregledi pri očesnem zdravniku so pomembni ne glede na to ali so težave z vidom prisotne ali ne, kajti težave z vidom nastopijo relativno pozno. Tako je zajeti in ujeti prav vse, še posebno bolnike brez težav pravi izziv, vendar pa če se sladkorni bolnik oglasi pri zdravniku šele, ko se pojavijo težave, so okvare na očesnem ozadju navadno že napredovale in je s tem verjetnost zapletov večja, napoved izida slabša, uspešnost zdravljenja pa manjša.

Kar se dolenjske regije tiče, si še vedno prizadevamo, da bi udejanili redno presejanje bolnikov s pomočjo slikanja očesnega ozadja in s tem zajeli čim več bolnikov, pri katerih lahko s pravočasnim zdravljenjem preprečimo poslabšanje oziroma trajno okvaro vida. Kar se dolenjske regije tiče, je stopnja letne pregledanosti sladkornih bolnikov s strani oftalmologa zelo visoka, dostopnost do diagnostike in zdravljenja v primeru zapletov na mrežnici pa hitra. Vendar pa po drugi strani zaenkrat še nimamo možnosti presejanja s pomočjo fotografiranja očesnega ozadja.

Ne glede na to vedno stremimo k še boljši pregledanosti bolnikov, manjšemu tveganju za slepoto, večji delazmožnosti in, kar je najpomembnejše, boljši kakovosti življenja SB. S tem v zvezi je zdravstveni svet pred dvema letoma sprejel pripravljen preventivni program za diabetično retinopatijo, ki se že pričinja izvajati po vseh centrih za boleznj mrežnice v Sloveniji.

Glede na slovenske smernice za presejanje in zdravljenje iz leta 2010 (Globocnik idr., 2009) bi morali zagotoviti prvi očesni pregled v roku 2 mesecev in sicer vsakemu bolniku z novo odkrito sladkorno boleznijo tipa 2 in vsakemu bolniku s sladkorno boleznijo tipa 1 v starosti 15 let ali 5 let od postavitve diagnoze. Redni očesni pregled

bi morali opraviti enkrat na leto kot presejalni test pri vseh bolnikih s sladkorno boleznijo, kot tudi v primerih kadar je prisotna stabilna in začetna diabetična retinopatija. Pogostejši očesni pregled na 2-6 mesecev bi morali biti pri težki DR in edemu rumene pege, bolnikih z visokim tveganjem za napredovanje diabetične retinopatije, kot so tisti po uvedbi zdravljenja z insulinom ter bolniki z neurejeno hipertenzijo ali z ledvično odpovedjo. Pri nosečnicah bi morali zagotoviti preglede na 3 mesece ali pogosteje, če je to potrebno. Izredni očesni pregled zagotovimo, če bolnik opazi poslabšanje vida in sicer: v 4 tednih, če bolnik opazi, da mu postopno peša vid oziroma takoj, če bolnik opazi nenadno poslabšanje vida, ki je lahko posledica krvavitve v steklovino ali odstopa mrežnice.

## 7 Zdravljenje

Pristopov zdravljenja je več, vendar pa je s preiskavami najprej potrebno opredeliti stopnjo diabetične retinopatije na eno strani in stanje rumene pege na drugi, kajti zelo napredovala diabetična retinopatije še ne pomeni hudega DME in obratno.

Za zdravljenje diabetične retinopatije se še naprej kot desetletja doslej, uporablja laserska fotokoagulacija mrežnice z argon laserjem. Zdravljenje poteka tako, da oftalmolog bolniku ob roženico prisloni posebno lečo, prek katere v oko usmeri laserski žarek. Z lasersko fotokoagulacijo naredimo na mrežnici majhne laserske pečate. To so drobne opekline na mrežnici, ki se v nekaj dneh zabrazgotinijo. Namen laserske fotokoagulacije je uničiti posamezne okvarjene žilice na mrežnici in tako preprečiti nadaljnje krvavitve in puščanje mrežničnega žilja (Treatment and Retinopathy, 1991) compared with deferral of photocoagulation, was associated with a small reduction in the incidence of severe visual loss (visual acuity less than 5/200 at two consecutive visits. Če pa je po drugi strani v ospredju zamašitev mrežničnega žilja s posledično obsežnimi področji brez žilic, pa mrežnico, da bi preprečili nastajanje novih nefunkcionalnih in hitro krvavečih žilic, v celoti popečatimo. Izpustimo le področje rumene pege. Kadar je diabetična retinopatija močno napredovala, ali kadar se krvavitve v steklovino ne resorbira spontano, se opravi vitrektomija (Ghanchi, 2013). Za tovrstni kirurški poseg je potrebna napotitev bolnikov na zdravljenje v Ljubljano.

Po drugi strani pa se za zdravljenje DME, od kar je na voljo intravitrealna farmakoterapija, klasična laserska fotokoagulacija uporablja precej redkeje, kajti učinki nastopijo šele po nekaj mesecih, poleg tega tovrstno zdravljenje vida ne izboljša, temveč ga le ohranja. Niso pa zanemarljivi tudi stranski učinki kot je matemorfopsija oziroma popačenje slike, ter razširitev brazgotine po pečatenju v najbolj centralni del mrežnice. Izjema je novejši laser, ki se imenuje mikropulzni laser (Vujosevic idr., 2015). Pri tem so stranski učinki zanemarljivi, laserske pečate lahko brez strahu dajemo tudi neposredno na rumeno pego in tovrstno zdravljenje celo večkrat ponavljamo, če je to potrebno. Taka oblika laserske terapije je trenutno na voljo v 4 centrih po Sloveniji.

Po svetu in tudi pri nas pa se za zdravljenje DME v prvi vrsti uporablja intravitrealna farmakoterapija, ki vključuje zdravljenje z glukokortikoidi in predvsem z zaviralci ra-

stnega dejavnika za žilni endotelij (Anti-VEGF) (Agarwal, Sarwar, Sepah in Nguyen, 2015; Bandello idr., 2014; Mathew idr., 2015) including the retina. In this paper, we discuss updates on diabetic macular edema (DME. Zdravljenje z anti-VEGF je od leta 2010 na voljo tudi v SB Novo mesto. Uvedba tovrstne terapije je pomemben mejnik pri zdravljenju DME, saj vid ne le ohranja, temveč tudi izboljša (Agarwal idr., 2015; Bandello idr., 2014). Ugotovljeno je bilo, da je pri diabetikih raven VEGF povišana, kar ima za posledico povečano prepustnost žilic mrežnice na eni in tvorbo novih neučinkovitih na drugi strani. Zdravila anti-VEGF delujejo tako, da v očesu zasedejo receptorje za rastni dejavnik za žilni endotelij in s tem preprečimo njegovo delovanje z vsemi preprečimo zaplete (Mathew idr., 2015) including the retina. In this paper, we discuss updates on diabetic macular edema (DME. Zdravljenje z anti-VEGF poteka tako, da DMS bolniku najprej določi vidno ostrino in posname OCT in, kadar je potrebno, tudi FA, nato pa da zdravnik v sterilnih pogojih v operacijskih prostorih očesnega oddelka, injekcijo neposredno v oko. Bolnik gre lahko takoj po injekciji, potem ko se mu izmeri očesni tlak, domov in se vrne na kontrolo po nekaj tednih, včasih tudi mesecih.

Kontrolni pregledi so prvo leto zdravljenja pogostejši, prav tako aplikacije anti-VEGF zdravil. V naslednjih letih pa se običajno potreba po injekcijah zmanjša.

## 8 Zaključek

Pomembno zgodnje odkrivanje SB, še predno pride do zapletov. Preprečevanje zapletov na očeh pomeni vestno skrb za lastno zdravje. Najpomembnejši je dobro urejen krvni sladkor. Ker očesno žilje poleg zvišanega krvnega tlaka dodatno bremenita tudi povečana količina maščob v krvi in kajenje, lahko z zdravim življenjskim slogom za dober vid največ storijo bolniki sami. Priporoča se redna kontrola in zdravljenje povišane ravni sladkorja in holesterola v krvi ter redne kontrole krvnega tlaka (Ghanchi, 2013). Poleg tega se svetuje normalizacijo telesne teže. Bolniki naj se podučijo o ustrezni prehrani in jo vključijo v svoj življenjski slog. Ker tudi kajenje pospeši diabetične okvare na očesu, naj kadilci le to opustijo. In nenazadnje so pomembni redni obiski pri diabetologu in oftalmologu. Bolniki naj bodo čim bolj informirani o svoji bolezni. O njej najprej poizvejo pri izbranem specialistu družinske medicine ter tudi pri specialistu diabetologu in pri oftalmologu. Pomembne informacije lahko pridobijo iz javnih medijev, kot so različne radijske in televizijske oddaje, posebne revije in internet. Izredno aktivno so v Zvezi društev diabetikov Slovenije, ki je pričakovano neizčrpen vir različnih koristnih informacij o SB.

## LITERATURA

1. Agarwal, A., Sarwar, S., Sepah, Y. J. in Nguyen, Q. D. (2015). What have we learnt about the management of diabetic macular edema in the anti-vascular endothelial growth factor and corticosteroid era? *Current Opinion in Ophthalmology*, 26 (3), 177–183.

2. Bandello, F., Casalino, G., Loewenstein, A., Goldstein, M., Pelayes, D. in Battaglia Parodi, M. (2014). Pharmacological approach to diabetic macular edema. *Ophthalmic Research*, 51 (2), 88–95.
3. Basic and Clinical Science Course 2015-2016, Section 12: Retina and Vitreous. (2015). Pridobljeno, s <http://store.aao.org/2015-2016-basic-and-clinical-science-course-section-12-retina-and-vitreous.html>.
4. Classification of diabetic retinopathy from fluorescein angiograms. ETDRS report number 11. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group. (1991). *Ophthalmology*, 98 (5), 807–822. Retrieved, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2062514>.
5. Das, A., McGuire, P. G. in Rangasamy, S. (2015). Diabetic Macular Edema: Pathophysiology and Novel Therapeutic Targets. *Ophthalmology*, 122 (7), 1375–1394.
6. Ghanchi, F. (2013). The Royal College of Ophthalmologists' clinical guidelines for diabetic retinopathy: a summary. *Eye (London, England)*, 27 (2), 285–287.
7. Globo, M. (2009). KaKovost in varnost / Quality and Safety smernice za presejanje in zdravljenje diabetične retinopatije, 7–18.
8. Mathew, C., Yunirakasiwi, A. and Sanjay, S. (2015). Updates in the management of diabetic macular edema. *Journal of Diabetes Research*, 2015.
9. Régnier, S., Malcolm, W., Allen, F., Wright, J. and Bezlyak, V. (2014). Efficacy of anti-VEGF and laser photocoagulation in the treatment of visual impairment due to diabetic macular edema: a systematic review and network meta-analysis. *PLoS One*, 9 (7).
10. Treatment, E. in Retinopathy, D. (1991). Early photocoagulation for diabetic retinopathy. ETDRS report number 9. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group. *Ophthalmology*, 98 (5), 766–785.
11. Vujosevic, S., Martini, F., Longhin, E., Convento, E., Cavarzeran, F. in Midena, E. (2015). Subthreshold Micropulse Yellow Laser Versus Subthreshold Micropulse Infrared Laser in Center-Involving Diabetic Macular Edema: Morphologic and Functional Safety. Philadelphia, Pa: Retina.
12. Yau, J. W. Y., Rogers, S. L., Kawasaki, R., Lamoureux, E. L., Kowalski, J. W., Bek, T. in Wong, T. Y. (2012). Global Prevalence and Major Risk Factors of Diabetic Retinopathy. *Diabetes Care*, 35 (3), 556–564.

## Predstavitev SB Novo mesto s statističnimi podatki

UDC 614.21(497.434)

**KLJUČNE BESEDE:** bolniki, starost, starostne skupine, ležalna doba

**POVZETEK** - Povprečna življenjska doba v Sloveniji je 80,3 leta in se je v zadnjih desetih letih povečala za dobre 4 leta. Povečanje povprečne življenjske dobe se odraža tudi pri obravnavi pacientov v bolnišnicah. Daljša življenjska doba vpliva na stopnjo hospitalizacije. Raziskovalci ugotavljajo, da kar 78 % prebivalstva, starega nad 60 let, potrebuje zdravstveno oskrbo v bolnišnicah, kar vsekakor vpliva na sistem zdravstvenega varstva in zahteva vse več sredstev za zdravstveno oskrbo prebivalstva. Starost sama po sebi sicer ni bolezen, je pa pogosto z njo tesno povezana, saj se s povečanjem deleža starejših oseb povečuje tudi število kroničnih bolezni in stanj, s tem pa tudi potrebe in zahteve po njihovi ustrezni obravnavi na vseh ravneh zdravstvene službe. V Sloveniji je 23 % prebivalstva starih nad 60 let (IVZ, statistični letopis, 2012), v SB NM pa je bilo v letu 2014 kar 40 % vseh zdravljenih bolnikov, starih nad 60 let, če odštejemo pediatrični in porodniški oddelek, pa je obravnava pacientov, starih nad 60 let, pomenila kar 50 % vseh hospitalizacij.

UDC 614.21(497.434)

**KEY WORDS:** patients, age, age groups, length of stay

**ABSTRACT** - The average life expectancy in Slovenia is 80.3 years and has increased by more than 4 years in the last decade. The increase in average life expectancy is also reflected in the treatment of inpatients in hospitals. Longer lifetime impacts the rate of hospitalisation. The researchers have determined that 78% of the population, aged above 60 years, requires medical care in hospitals, which certainly affects the healthcare system and requires more funds for healthcare of the population. Age itself is not actually a disease, but it is often closely associated with diseases, because with the increase in the proportion of elderly people, the number of chronic diseases and conditions is on the increase as well, and consequently, the needs and requirements of the respective treatment at all levels of the healthcare services is growing. In Slovenia, 23% of the population is over 60 years old (Institute of Public Health, Statistical Yearbook, 2012). In the General Hospital Novo mesto, 40% of all treated inpatients were over 60 years old in 2014, if the paediatric and maternity department is not considered, the treatment of patients, over 60 years old, constitutes 50% of all hospital admissions.

### 1 Uvod

Staranje (s tujko senescenca, iz latinske besede senex - »starec« oz. »starost«) je biološki proces, ki se odraža kot postopno slabšanje fizioloških funkcij organizma, kar zmanjšuje njegovo sposobnost vzdrževanja ravnovesja v telesu, s tem pa povečuje občutljivost na spremembe (<http://sl.wikipedia.org/wiki/Staranje>).

Povprečna življenjska doba v Sloveniji je 80,3 leta in se je v zadnjih desetih letih povečala za dobra 4 leta. Povečanje povprečne življenjske dobe se odraža tudi v obravnavi pacientov bolnišnicah.

Daljša življenjska doba vpliva na stopnjo hospitalizacije. V različni literaturi zasledimo da kar 75-80 % prebivalstva starega nad 60 let potrebuje zdravstveno oskrbo v



bolnišnicah, kar vsekakor vpliva na sistem zdravstvenega varstva ter zahteva vse več sredstev za zdravstveno oskrbo prebivalstva.

S povečanjem deleža starejših oseb se povečuje tudi število kroničnih in akutnih bolezni in stanj, s tem pa tudi potrebe in zahteve po njihovi ustrezni obravnavi na različnih ravneh zdravstvene dejavnosti.

V Sloveniji je 17 % prebivalstva starih nad 65 let. (Statistični letopis, 2012), v SB pa je bilo v letu 2014 kar 33,44 % vseh zdravljenih bolnikov starih nad 65 let, če odštejemo pediatrični in porodniški oddelek, pa je obravnava pacientov, starih nad 65 let pomenila kar 41,5 % vseh hospitalizacij.

## 2 Predstavitev SB Novo mesto

SB Novo mesto je regijska bolnišnica, zagotavlja zdravstveno oskrbo za ca. 142.000 prebivalcev Dolenjske in Bele krajine. Z nekaterimi dejavnostmi pokrivamo tudi Posavsko regijo.

Bolnišnica ima 376 postelj. V bolnišnici je organizirano 10 kliničnih oddelkov s pripadajočimi specialističnimi ambulantami ter oddelek neakutne bolnišnične obravnave:

- kirurgija
- internistika
- ginekologija in porodništvo
- pulmologija
- pediatrija
- dermatologija
- infektologija
- otorinolaringologija
- okulistika
- nevrologija
- oddelek neakutne bolnišnične obravnave

Na leto zdravimo ca. 20.100 bolnikov v hospitalu, v specialističnih ambulantah pa opravimo ca. 180.000 pregledov.

V okviru bolnišnice deluje tudi dializni center, v katerem se redno dializira 105 pacientov, za katere na leto opravimo 14.200 dializ.

V okviru bolnišnice deluje 6 medicinsko servisnih dejavnosti:

- radiologija
- laboratorij
- anestezija
- patologija
- fizioterapija
- bolnišnična lekarna

### 3 Statistični ( IVZ) podatki o starostniki v Sloveniji

Po uradni opredelitvi v slovenskem prostoru za starejšega človeka velja oseba, ki je starejša od 65 let ([http://www.impletum.zavod-irc.si/docs/Skriti\\_dokumenti/Starost\\_in\\_staranje-Milavec.pdf](http://www.impletum.zavod-irc.si/docs/Skriti_dokumenti/Starost_in_staranje-Milavec.pdf)). Leta po tej starosti delimo v več obdobjih, vsako ima svoje značilnosti, posebnosti in prioritete v življenju posameznika. (prirejeno po Ramovš 2003):

- zgodnje starostno obdobje (65–74 let)
- srednje starostno obdobje (75–84 let)
- pozno starostno obdobje od 85 let naprej

Tabela 1: Starostniki v Sloveniji

	<i>SLO</i>	<i>%</i>	<i>JV Slovenije</i>	<i>%</i>
vsi	2.056.262	100,00	142.749	100,00
65-74	184.570	8,98	11.599	8,13
75-84	126.754	6,16	8.853	6,20
85 in več	37.356	1,82	2.315	1,62
skupaj na 65	348.680	16,96	22.767	15,95

*Vir:* IVZ; zdravstveni statistični letopis.

Po podatkih Zdravstvenega statističnega letopisa 2012 je bilo 16,96 % prebivalcev Slovenije starih nad 65 let. Večji delež - 8,98 % predstavljajo starostniki v zgodnjem starostnem obdobju to je od 65 do 74 leta , ter starostniki v srednjem starostnem obdobju 6,16 %, medtem ko je bilo starostnikov v poznem starostnem obdobju 1,82 %.

SB Novo mesto zagotavlja zdravstveno varstvo in oskrbo za prebivalce statistične regije JV Slovenije. Le ta predstavlja 6,94 % vseh prebivalcev Slovenije. Delež starostnikov je v regiji JV Slovenija nekoliko nižji od Slovenskega povprečja, to je 15,95 %.

### 4 Obravnave starostnikov v SB Novo mesto

V letu 2014 smo v akutni bolnišnici zdravili 20.098 bolnikov, od tega je bilo 6.721 pacientov, oz. 33,44 % starih nad 65 let.

Tabela 2: Obravnave starostnikov v letu 2014 v SB Novo mesto

<i>Starostniki</i>	<i>SLO %</i>	<i>JV SLO %</i>	<i>SB NM</i>	<i>%</i>
vsi	100,00	100,00	20.098	100,00
65-74	8,98	8,13	2.789	13,88
75-84	6,16	6,20	2.803	13,95
85 in več	1,82	1,62	1.129	5,62
Skupaj nad 65	16,96	15,95	6.721	33,44

Primerljivo s strukturo prebivalcev po starostnih obdobjih, je delež zdravljenih starostnikov v strukturi vseh zdravljenih pacientov v bolnišnici Novo mesto, skoraj še enkrat večji.

V letu 2014 je bilo v akutni bolnišnici, brez pediatričnega in porodniškega oddelka, zdravljenih 16.191 bolnikov, povprečna ležalna doba je bila 5 dni, od tega je bilo starostnikov nad 65 let starosti 6.721, oz. 41,5 %

*Tabela 3: Zdravljeni starostniki v SB Novo mesto v letu 2014 po oddelkih*

	<i>Skupaj</i>	<i>Povp. lež doba</i>	<i>Skupaj nad 65 let</i>	<i>Skupaj na 65 let v %</i>
KRG	8.100	5,07	2,924	36,1
INT	3.203	8,66	2,174	67,9
Gin (samo odd)	1.304	2,03	287	22,0
PLJ	640	9,23	341	53,3
DER	80	5,46	53	66,3
INF	640	9,74	313	48,9
ORL	1.061	2,81	106	10,0
OKUL	89	1,07	42	47,2
NE V	1.074	6,22	481	44,80
Skupaj Akutna bolnišnica	16.191	5,00	6.721	41,5
Neakutna bolnišnica	590	16,3	451	76,40

*Tabela 4: Struktura zdravljeni starostnikov v SB Novo mesto v letu 2014 po oddelkih in starostnih skupinah*

	<i>Od 65-74 let</i>	<i>75-84</i>	<i>Stari 85 let in več</i>	<i>Skupaj nad 65 let v %</i>
KRG	17,3	14,1	4,6	36,1
INT	22,7	29,8	15,4	67,9
Gin (samo odd)	17,3	2,5	2,1	22,0
PLJ	7,7	31,4	14,2	53,3
DER	21,3	41,3	3,8	66,3
INF	13,8	23,4	11,7	48,9
ORL	6,4	3,3	0,3	10,0
OKUL	21,3	19,1	6,7	47,2
NE V	17,9	22,0	4,9	44,8
Skupaj Akutna bolnišnica	17,2	17,3	7,0	41,5
Neakutna bolnišnica	21,7	48,0	6,8	76,4

Največji delež starostnikov je na internem oddelku, kar 67,9 %, sledi dermatološki oddelek 66,3 % in pljučni oddelek 53,3 %

Neakutna bolnišnična obravnava je oblika bolnišničnega zdravljenja, ki se izvaja po končani akutni bolnišnični obravnavi, ko iz zdravstvenih ali socialnih razlogov še ni možen odpust bolnika v domače okolje. V neakutni bolnišnični obravnavi smo v letu 2014 obravnavali 590 bolnikov, od tega je bilo starostnikov 451 oz. 76,4 %

## 5 Finančni vidik

Večji delež obravnave starostnikov v bolnišnici pomeni tudi večja finančna sredstva za njihovo zdravljenje. Z analizami o višini sredstev v primerjavi z zdravljenjem bolnikov mlajših od 85 let, v SB Novo mesto ne razpolagamo, je pa iz literature zaslediti (Toth, 2004), da potrebujejo osebe nad 65 let starosti 4-krat več zdravstvenih storitev kot tiste pod to starostno mejo. Po podatkih OECD Health Data je zaslediti, da povprečna oseba, starejša od 65 let, v razvitejših državah potrebuje približno med 3 do 4,6 krat več finančnih sredstev kot povprečni prebivalec v starosti od 0-64 let.

### LITERATURA

1. Pridobljeno 25. 10. 2015, s <http://sl.wikipedia.org/wiki/Staranje>.
2. Starost in staranje. Pridobljeno 25. 10. 2015, s [http://www.impletum.zavod-irc.si/docs/Skriti\\_dokumenti/Starost\\_in\\_staranje-Milavec.pdf](http://www.impletum.zavod-irc.si/docs/Skriti_dokumenti/Starost_in_staranje-Milavec.pdf).
3. Statistične analize podatkovne baze. Informacijski sistem za bolnišnice Birpis21. SB Novo mesto.
4. Statistični letopis (2012). Inštitut za varovanje zdravja.
5. Toth, M. (2004). Koriščenje zdravstvenih storitev po življenjskih obdobjih, zlasti po 65. letu starosti. Zdravstveni vestnik, 73 (10), 731–735.

# Celostna obravnava starostnika z nevrološkimi obolenji v SB Novo mesto

UDK 616.8-053.9-083

**KLJUČNE BESEDE:** zdravstvena nega, celostna obravnava, starostniki, možganska obolenja

**POVZETEK** - V prispevku želimo prikazati celostno obravnavo starostnika pri možganskem obolenju od sprejema do odpusta. Poudarek je na obravnavi starostnika po procesu zdravstvene nege (PZN) kot sistematične in fleksibilne metode, ki zagotavlja kontinuirano in kakovostno zdravstveno nego. V podporo pri izvajanju PZN nam je teoretični model Virginie Henderson in 14 temeljnih življenjskih aktivnosti. Pri naših pacientih je najbolj izpostavljena življenjska aktivnost prehranjevanje oz. motnje požiranja. K celoviti obravnavi pripomore tudi sodelovanje s svojci, ki jih poučimo o načinu prehranjevanja starostnika. Obravnava pacienta z nevrološkimi obolenji je zelo zahtevna in raznolika, zato pri zdravljenju in rehabilitaciji sodeluje skupina strokovnjakov, ki jo sestavljajo zdravniki, medicinska sestra/zdravstveni tehnik, dipl. med. sestra/magister, fizioterapevt, klinični psiholog, socialni delavec, po potrebi pa se vključijo tudi drugi strokovnjaki (psihater, internist, kirurg). Zdravstvena nega je pomemben in nepogrešljiv člen pri zdravljenju in rehabilitaciji pacientov z možganskim obolenjem.

UDC 616.8-053.9-083

**KEY WORDS:** nursing care, comprehensive approach, the elderly, brain disease

**ABSTRACT** - In the article we would like to present a comprehensive approach to the elderly suffering from neurological diseases, from their admission to hospital to their release. The emphasis is on the treatment of the elderly after the nursing care process, which is a systematic and flexible method, ensuring continuous and high quality nursing care. The theoretical model of Virginia Henderson and 14 basic life activities represent a support of this nursing process. The most affected life activity of our patients is the eating activity- swallowing disorder. If a relative of an elderly participates in education of eating, this may well help to a comprehensive approach to the elderly. Certain statistic data of particular neurological diseases of the elderly, registered in the year 2014, will also be presented. A suitable approach to patients with neurological disease is very demanding and various, therefore the treatment and rehabilitation involve a group of experts; at the neurological department these are: a doctor, a nurse, a senior staff nurse, a physiotherapist, a clinical psychologist, a social worker, and if necessary other experts take part in the process (a psychiatrist, an internist, a surgeon). Nursing care is a very important and indispensable part of the treatment and rehabilitation of patients with neurological disease.

## 1 Uvod

Možgani so zapleten in čudežen stroj, ki nadzoruje in interpretira veliko različnih sporočil. Možganska kap ogroža mnogo ljudi, vendar tega ne vedo ali pa boleznin jemljejo dovolj resno, zlasti zato, ker se ne zavedajo njenih posledic. Možganska kap ni samo katastrofa za posameznika, temveč prinaša hude obremenitve tudi za njegovo družino in širšo družbo. V današnjem obdobju podatki nakazujejo, da letno 15 milijonov ljudi zbolijo zaradi možgansko-žilnih boleznin, od tega so 4 milijoni Evropejcev. Od tega jih ena tretjina umre, ena tretjina jih ostane stalno odvisnih od tuje pomoči in le ena tretjina je samostojnih v dnevnih aktivnostih. Možgansko-žilne boleznin so bolezen starostnikov, saj večina od njih nastopa po 70. letu starosti, predstavljajo pa tudi tretji

najpogostejši vzrok smrti in prvi vzrok invalidnosti v »razvitem« svetu. V Sloveniji se je v zadnjih letih zaradi možganske kapi zdravilo okoli 4400 prebivalcev na leto, okoli 2100 jih umre, od tega je višji odstotek pri moški populaciji (Kumer, 2013).

Nevrogeno pogojene motnje požiranja se najpogosteje pojavijo po možganski kapi, pri več kot polovici teh bolnikov v prvem mesecu po kapi. Motnje požiranja nastanejo zaradi okvare predelov dominantnih hemisfer za požiranje, najhujše motnje požiranja pa so ponavadi posledica kapi v možganskem deblu (Hočevar Boltežar, 2012).

Prav tako se je zdravstvene nega razvila v pomembno zdravstveno disciplino, ki temelji na lastnih in samostojnih raziskovalnih dosežkih in v multidisciplinarnih raziskavah. Učinkovitost zdravstvene ga sistema je odvisna od enakovrednega prispevka vseh zdravstvenih strokovnjakov in njihovih institucij (Cibic, 2002).

Eden od načinov, s katerim pacienta celostno obravnavamo, je proces zdravstvene nege (PZN).

## 2 Mehanizem požiranja

Težko si predstavljamo, da postaneta uživanje hrane in pitje težavna in da včasih celo ogrožata človekovo življenje. Hranjenje in pitje sta v človekovi zavesti zapisana vsaj na dva načina. Zavedamo se, da pomanjkanje hrane in pitja tekočin povzroči hiranje in v najhujšem celo smrt. Po drugi strani je uživanje ob hrani in pijači povezano tudi z druženjem z drugimi ljudmi in pomeni prijetno stran človekovega življenja (Žemva, 2015).

### 2.1 Požiranje

Za večino ljudi je požiranje povsem normalna naloga, ki jo opravljajo brez napa, čeprav je to dinamična senzorična in motorična aktivnost, pri kateri sodeluje šestindvajset parov mišic in pet možganskih živcev. Delovanje takega števila mišic in živcev je vpleteno zato, ker sta med seboj povezani dihalna in prebavna pot. Med potovanjem hrane ali pijače iz ust v želodec se mora preprečiti možnost, da bi hrana ali tekočina potovali v pljuča. Pri požiranju ločimo tri faze: oralno, faringealno in ezofagealno.

Nekateri oralno fazo delijo na dve fazi: pripravljalno in transportno. Prva je hotena aktivnost, kjer lahko kontroliramo žvečenje, premikanje ustnic in jezika. Hrana se pomeša s slino. Ko je grizljaj oblikovan, ga sprednji del jezika potisne ob trdo nebo.

Zadnji, gibljivi del jezika se ob tem spusti, rob jezika je v stiku z zobnim grebenom in ob povečanem tlaku v ustih grizljaj zdrсне v žrelo. Začenja se faringealna faza, ki je refleksna in je zelo pomembna. Sprožijo se mehanizmi za zapiranje dihalne poti. Mehko nebo se dvigne in zatesni nosno votlino. Grlo se dvigne, glasilki se stisneta, poklopcec pade čez grlo in grizljaj potuje preko poklopca in piriformnih sinusov v požiralnik.

Vhoda v grlo in v nosni del sta čvrsto zaprta in dihalna pot je zaščitena. Dihanje je ob temrefleksno prekinjeno. Sledi zadnja, ezofagealna faza, ko se sprosti krikofarin-

gealna mišica in se odpre zgornji ezofagealni sfinkter (UES). Dva peristaltična vala povzročita zdrs hrane iz požiralnika v želodec. Vse to se zgodi v nekaj sekundah. Ob tem moramo omeniti, da mora osrednje živčevje brezhibno delovati (Žemva, 2015).

## 2.2 Motnje požiranja (*disfagija*) po možganski kapi

Motnje požiranja se pojavijo pri 28 do 65 % bolnikov z možgansko kapjo. Disfagija se pogosteje pojavi pri obsežnejših poškodbah možganov, obojestranski okvari predelov, odgovornih za požiranje; pri okvari posteriorne arterijske preskrbe možganov ali možganskega debla; pogosteje pri hemoragični kot ishemični kapi. Pri okvari leve hemisfere naj bi bila pogosteje prizadeta oralna faza požiranja, pri okvari desne pa faringealna faza, ki pogosto vodi v aspiracijo.

Motnje požiranja so odvisne od tega, kateri deli možganov so ostali prizadeti po kapi. Možne so okvare senzibilitete, motorike posameznih organov, ki sodelujejo pri požiranju, ali pa je moteno usklajevanje med posameznimi mišičnimi skupinami, udeleženi pri njem. Predvsem motena oralna faza požiranja je velikokrat povezana z apraksijo (nezmožnost izvajanja hotenih gibov) tega območja.

Pri okvari obraznega živca ostaja grizljaj v ustnem preddvoru, bolnik ima težave že pri grizenju. Pri nepopolni velofaringealni zapori grizljaj pri prehodu iz ust v žrelo zateka v nosno žrelo in nos. Če moč jezika za potiskanje grizljaja nazaj in navzdol ni zadostna in se grlo premalo dvigne navzgor, bo hrana zastajala v valekulah in se prelivala v grlo pred naslednjo fazo požiranja. Če bo polovica grla negibljiva, predvsem pri sočasno obojestransko prizadeti senzibiliteti zgornjega dela grla, bo hrana ali tekočina prešla v grlo (penetracija) in naprej v sapnik (aspiracija), ker ne bo ustrezne zapore grla na treh ravneh. Če ne bo usklajen prehod faringolaringealne faze v ezofagealno in zaradi prepočasnega odpiranja ali prehitrega zapiranja zgornjega ezofagealnega ustja, se bo hrana nabirala v piriformnih sinusih in zahajala v grlo.

Posledica motenj požiranja so pogostne aspiracijske pljučnice in bolnikovo propadanje zaradi nezadostne prehrane, s čimer je povezana slaba kakovost njegovega življenja. Kar 20 % bolnikov s kapjo dobi aspiracijsko pljučnico, pri 10 do 15 % umrlih v prvih letih po kapi pa je prav pljučnica vzrok smrti (Hočevar Boltežar, 2012).

## 2.3 Znaki motenj požiranja

Motnje požiranja napovedujejo: zaletavanje hrane ali tekočine, prekomerno slinjenje in nesposobnost požiranja sline, kašljanje in davljenje po uživanju hrane ter tekočina, ki gre na nos. Kopičenje hrane v ustih, ki je ni mogoče požreti in potrebujemo dva ali več poskusov, preden spravimo grizljaj iz ust. Kopičenje hrane na eni strani ust in ostajanje hrane v ustih, ne da bi to vedeli. Občutek, da se je hrana zaustavila nekje v vratu in bolečina ob tem. Spremenjen glas po uživanju hrane. Pri hranjenju potrebujemo veliko časa. Izgubljam telesno težo. Občutek, da gre hrana po napačni poti. Temu občutku se pridružijo povišana telesna temperatura in težave z dihanjem. Za hranjenje potrebujemo neprimerno več časa kakor drugi. Počutimo se neprijetno in nelagodno, ko moramo jesti ali piti. Še posebej hudo je, kadar moramo jesti v družbi; in temu se poskušamo izogniti (Žemva, 2015).

## 2.4 Ocenjevanje požiranja

V akutnem obdobju po možganski kapi, takrat ko je človek v bolnišnici, moramo oceniti požiranje in ugotoviti stopnjo ogroženosti za aspiracijo. Kašljanje takoj po zaužitju hrane naj bi bilo znak aspiracije. Ker pa poznamo tudi tiho aspiracijo in odsotnost kašlja, moramo biti pri ocenjevanju motenj požiranja natančni in skrbni. V klinični praksi je uporaba presejalnih testov namenjena odkrivanju tistih bolnikov, ki potrebujejo nadaljnjo obravnavo. Tipični presejalni test je v osnovi sestavljen tako, da odkrivamo posamezne težave in naj bi vseboval naslednje:

opazovanje bolnikove zavesti in njegovega sodelovanja,

opazovanje možnosti kontroliranja drže.

Če bolnik zmore aktivno sodelovati in lahko sedi zravnano, nadaljujemo:

- z opazovanjem ustne higijene,
- opazujemo kontroliranje in požiranje sline.

Če je primerno, naredimo preskus požiranja vode.

Bolniku, ki sedi, damo v usta trikrat zapovrstjo po eno čajno žličko vode. Položimo prste ene roke na grlo, da bomo čutili požiranje. Pri vsaki žlički opazujemo: odsotnost požiranja, kašljanje, kašljanje z zamikom in spremenjen glas, ki ga ugotavljamo tako, da bolnika prosimo, naj reče: »Aah.« Če so ti znaki prisotni, bolnika ne hranimo skozi usta in poskrbimo, da ga pregleda logoped, če je to mogoče. V primeru da ni težav, ponudimo bolniku kozarec vode (od 30 do 90 ml) in ponovimo postopek. Opazujemo prisotnost znakov, opisanih v prvem primeru. Prisotnost znakov pomeni, da mora bolnika pregledati logoped in da bolnik ne sme uživati hrane skozi usta. Odsotnost znakov pomeni, da s previdnostjo pričnemo hraniti bolnika s pretlačeno hrano in smo pri tem pozorni na pojavljanje kašlja.

Splošno mnenje je, da je pri zgodnjem odkrivanju motenj požiranja zelo pomembna vloga medicinskih sester. Pri tistih bolnikih, ki imajo ugotovljene motnje požiranja, se v bolnišnici običajno odločijo za prehranjevanje po nazogastrični sondi. Če težave trajajo več kakor štiri tedne, se odločijo za perkutano endoskopsko gastrostomo (PEG), ko bolnik dobi hrano direktno v želodec (Žemva, 2015).

## 3 Proces zdravstvene nege

Je metoda dela v zdravstveni negi, ki nam omogoča individualno, humano in strokovno obravnavo posameznika, družine in lokalne skupnosti. Je sodobna metoda dela, ki postavlja v ospredje bolnikove potrebe in je sistematična ter fleksibilna metoda dela, ki zagotavlja kontinuirano kakovost zdravstvene nege (ZN). Vključuje zadovoljevanje potreb, izvajanje ZN in vrednotenje dosežkov. Proces se opravlja po 4 fazah dela: Ugotavljanje potreb po zdravstveni negi (podatke pridobi medicinska sestra že ob sprejemu z negovalno anamnezo-bodisi pacienta ali njegovih svojcev; vpogled dobimo pri vseh temeljnih življenjskih aktivnostih).

- Načrtovanje dela (v tej fazi načrtujemo cilj in negovalne intervencije. Cilj (dol-



goročni, kratkoročni) je opis fizičnega, psihičnega in socialnega stanja, ki ga pri varovancu želimo doseči. Medicinska sestra načrtuje intervencije v PZN, pri tem pa upošteva stanje bolnika, možnost za sodelovanje ter individualni program zdravstvene nege.

- Izvajanje dela (pomeni izvršitev vseh naročenih negovalnih intervencij; torej med. sestra izvaja intervencije strokovno, po zahtevani doktrini in je za svoje delo tudi odgovorna).
- Vrednotenje (vrednotenje je zaključna faza procesa in predstavlja povratno informacijo o rezultatih PZN; sprotno vrednotenje je razvidno iz dokumentacije in kaže, ali smo cilje uresničili, kajti to je pogoj za doseganje končnega cilja; rezultati vrednotenja so lahko pozitivni-torej smo dosegli pričakovani cilj-ali pa so negativni-končni cilja ni bil dosežen in poiskati moramo vzroke za neuspeh).

Po 4 fazah postavimo negovalne diagnoze, kjer se opremo na 14 temeljnih življenjskih aktivnosti, katere je opredelila že Virginia Hendrson: dihanje, prehranjevanje, izločanje, gibanje, spanje in počitek, oblačenje in slačenje, vzdrževanje telesne temperature, skrb za čistočo in urejenost, izogibanje nevarnostim v okolju, komuniciranje, verovanje, koristno delo, rekreacija, učenje zdravega načina življenja (Glavan, 2013).

### *3.1 Najpogostejše negovalne diagnoze pri bolniku po možganski kapi*

Pri bolniku po možganski kapi lahko vzpostavimo naslednje negovalne diagnoze oz. negovalne probleme:

- nezmožnost samooskrbe (samostojne osebne higijene, samostojnega oblačenja in osebne urejanja);
- odvajanje blata in urina (obstipacija, nevarnost za obstipacijo, nekontrolirano izločanje urina);
- hranjenje (nepopolno požiranje, nauzea, nevarnost aspiracije);
- preležanine (prekinjena koža, ki nastane najpogosteje nad kostnimi izboklinami, povezano z dolgotrajnim ležanjem ali sedenjem);
- komuniciranje (zmanjšana ali odsotna sposobnost uporabe govora) (Haberman, 2012).

### *3.2 Nepopolno požiranje in nevarnost aspiracije*

Nepopolno požiranje je zmanjšana zmožnost normalnega prehoda tekočin ali trde hrane od ust do želodca (Gordon, 2003).

Nevarnost aspiracije pomeni, da bi gastrointestinalne vsebine in izločki iz ustne votline ter požiralnika v trdni ali tekoči obliki lahko zašli v respiratorni sistem (Gordon, 2003).

Aspiracija je življenjsko ogrožujoča nevarnost in pomeni veliko tveganje za razvoj pljučnice. Pomembno je, da medicinska sestra prepozna in oceni motnje požiranja ter takoj začne izvajati ukrepe za preprečitev zapletov.

Pri vsakem pacientu je potrebno čimprej po sprejemu oceniti požiranje, kar opravi medicinska sestra. Test je osnova za načrtovanje in izvedbo nadaljnjih dejavnosti. Če je test pozitiven, o tem obvesti zdravnika. Kadar test ni 100 % zanesljiv, je potrebna še vedno velika mera previdnosti pri hranjenju bolnika in njegovo natančno opazovanje (Kumer, 2014).

Pri ocenjevanju požiranja je potrebno tudi ugotoviti, če je hranjenje in požiranje oteženo ali boleče in katera vrste hrane ali tekočina je lahko nevarna. Medicinska sestra mora poznati naravo motenj hranjenja in požiranja. Pri bolniki po možganski kapi ob hranjenju opazujemo tudi izraz obraza, ustreznost zapiranja ust, moč jezika, oceno dlesni, zobovja in stanje prehranjenosti. Predvsem natančni moramo biti pri ocenjevanju prisotnosti refleksa za kašelj.

Glavni simptomi in znaki pri motnjah požiranja so, da bolnik zelo počasi je, vsak grizljaj večkrat pogoltne, obrača glavo na prizadeto stran in izteguje vrat. Hrano pogoltne brez predčasnega žvečenja, zato se mu hrana med obrokom zatika v grlo. Ker med obrokom ali po njem kašlja, se izogiba določene vrste hrane ali tekočine. Po požiranju ima spremenjen glas. Poveča in zgosti se sekret, ki ga nato težko izloči. Pogosto zaradi vsega skupaj pride do okužb dihal. Bolnik ima zaradi oteženega požiranja solzne oči in piska kot pri astmi. Zaradi vseh težav dobi bolnik strah pred hranjenjem, posledica vsega tega je izguba apetita in dehidracija ter posledično izguba telesne mase (Kumer, 2014).

Pozorni moramo biti na izvajanje ustne nege. Manjkajoči in gnili zobje ter slabo prilegajoča se zobna proteza oslabijo sposobnost žvečenja in požiranja. Zobna gniloba, odvisnost pri izvajanju ustne nege in pogostnost štetkanja pomembno vplivajo na pojav pljučnice. Ustno nego je treba opraviti po vsakem hranjenju in odstraniti vse ostanke. Raziskave so pokazale, da bolnike s pomanjkljivo ustno higieno tudi do 90 % ogroža možna zboleznost za pljučnico kot tiste z redno opravljeno ustno nego. Bakterije v ustih se začnejo hitro razmnoževati že dve uri po umivanju, v 48 urah pa je ustna votlina virulentna. Že aspiracija majhne količine slin, polne bakterij lahko povzroči aspiracijsko pljučnico. Tega se moramo zavedati tudi pri enteralno hranjenih bolnikih (Hočevar Posavec, 2012). Negovalne diagnoze, ki jih postavimo poleg nepopolnega požiranja in nevarnosti aspiracije: strah pred bolečino, zavračanje hrane in tekočine, nepopolno prehranjevanje, izguba telesne mase, neučinkovito čiščenje dihalnih poti.

Glede na negovalne diagnoze medicinska sestra naredi načrt in postavi cilje. Glavni negovalni cilji, ki jih postavimo: požiranje bo izboljšano, izbrana bo primerna vrsta hrane in tekočine (uporaba gostil), primeren položaj med hranjenjem, do aspiracije ne bo prišlo, poostrena ustna nega, pogovor in spodbuda bolnika pri hranjenju, izdelati načrt prehrane, po navodilu zdravnika uvesti nazogastrično cevko (NGS), če je hranjenje neuspešno, pogoste aspiracije ustne votline (Kumer, 2014).

## 4 Zaključek

Možganska kap je obolenje, ki pogosto pušča za seboj nepopravljive posledice. Zaradi njih se pri posamezniku zmanjša sposobnost opravljanja življenjsko pomembnih aktivnosti, med katerimi je tudi hranjenje. Bolniki z motnjami hranjenja potrebujejo ustrezno obravnavo medicinske sestre, ki zagotavlja primerno stanje prehranjenosti in dobro psihofizično počutje. Izrednega pomena je, da medicinska sestra sodeluje tudi z svojci ter izvede potrebno edukacijo v primeru odpusta pacienta v domačo oskrbo.

Zdravstvena nega mora biti varna in kakovostna, pomembno pa je tudi, da ima medicinska sestra poleg potrebnega znanja tudi empatičen odnos do bolnika ter njegovih svojcev.

Medicinska sestra zdravstveno nego načrtuje, izvaja, dokumentira in evalvira. Njena vloga je, da poskrbi, da bolnik doseže čim višjo stopnjo samooskrbe. Naloge medicinske sestre pri bolniku po možganski kapi se med zdravljenjem spreminjajo in prilagajajo glede na potrebe posameznika. Za boljši izid zdravljenja pa je pogoj nudenje optimalne zdravstvene nege, kar pa lahko dosežemo z stalnim izobraževanjem ter spremljanjem novih smernic v zdravstveni negi.

Delo zdravstvenih delavcev je zahtevno in nikoli dokončno. Osebe, ki delamo s pacienti po možganski kapi, moramo v sebi izoblikovati visoke življenjske norme, zato potrebujemo mnogo znanja in spretnosti. Z nenehnim učenjem in raziskovanjem lahko do pacienta pristopimo celostno in ga obravnavamo z več vidikov.

Izvajalci zdravstvene nege se morajo zavedati, da zdravstvena nega ni usmerjena samo na fizično prizadetost in preprečevanje zapletov, ampak tudi na psihosocialno obravnavo in vključevanje svojcev. Čustven odnos da je bolniku občutek varnosti, vzbuja zaupanje ter spodbuja k večji samozavesti. Medicinska sestra mora znati prepoznavati primanjkljaje samooskrbe bolnika, svetovati in načrtovati PZN ter tudi voditi proces rehabilitacije. Z drugimi zdravstvenimi strokovnjaki idr. elavci ustvarja zdravstveni tim za celovito in kakovostno obravnavo bolnika po možganski kapi.

## LITERATURA

1. Cibic, D. (2002). Izzivi in možnosti za sodobno zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 36 (2), 69–70.
2. Glavan, D. (2013). Negovalna diagnoza-kuga pa je tu?. *Vizita*, 13 (60), 53–54.
3. Gordon, M. (2003). Negovalne diagnoze-priročnik. Maribor: Rogina.
4. Haberman, M. (2012). Zdravstvena nega bolnika po možganski kapi (Diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
5. Hočevar Boltežar, I. (2012). Fiziologija požiranja ter nevrološko pogojene motnje požiranja. V R. Petkovšek-Gregorin (ur.), *Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti. Motnje požiranja in načini hranjenja* (str. 1–5). Laško: 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.
6. Hočevar Posavec, B. (2012). Preprečevanje nastanka aspiracijske pljučnice pri bolnikih z motnjami požiranja. V R. Petkovšek-Gregorin (ur.), *Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti. Motnje požiranja in načini hranjenja* (str. 42–48). Laško: 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.
7. Kumer, I. (2013). *Muzikoterapija in pomoč pacientu po možganski kapi s pomočjo logoterapije* (Magistrsko delo). Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo Novo mesto.
8. Kumer, I. (2014). *Motnje požiranja pri možganski kapi*. Interno gradivo. Novo mesto: SB Novo mesto, nevrološki oddelek.
9. Žemva, N. (2015). *Motnje požiranja*. Pridobljeno 25. 10. 2015, s <http://www.zdruzenjcevb.com/strokovni-clanki.html>.

# Obravnava starostnika s srčnim popuščanjem

UDK 616.12-008.46

**KLJUČNE BESEDE:** srčno popuščanje, zdravstvena nega, metaparadigma

**POVZETEK** - Glede na statistične podatke se število obolelih s srčno-žilnimi boleznimi večja, zato se povečuje tudi potreba po kvalitetni zdravstveni obravnavi. Naloga medicinskih sester je usmerjena v preventivo s pomočjo izobraževanja posameznikov in v kurativo, ko posameznik že potrebuje obširnejšo zdravstveno obravnavo. V prispevku bomo predstavili srčno popuščanje s pomočjo metaparadigem in prikazali dejavnike, ki vplivajo na nastanek srčno-žilnih bolezni. Pri delu bomo uporabili deskriptivno metodo dela s pregledom literature. Ustrezno literaturo bomo sistematično iskali v knjižnici in s pomočjo sistema COBISS. V empiričnem delu prispevka bomo predstavili proces zdravstvene nege pri pacientu s srčnim popuščanjem glede na štirinajst temeljnih aktivnosti teoretičnega modela Virginije Henderson. Oblikovane bodo aktualne in potencialne negovalne diagnoze pri pacientu s srčnim popuščanjem ob njegovem prihodu na oddelek. Celovita in kontinuirana zdravstvena obravnava je zelo pomembna za doseganje ustrezne kvalitete in varnosti pacienta.

UDC 616.12-008.46

**KEY WORDS:** cardiac failure, nursing care, metaparadigm

**ABSTRACT** - According to statistics, the number of people suffering from cardio vascular diseases is increasing, and the need for quality medical treatment is accordingly on the rise as well. The task of nurses is focused on prevention through education of individuals and curative when an individual already requires extensive medical treatment. In our paper we will present the cardiac failure through metaparadigm and highlight factors that influence the occurrence of cardiovascular disease. We will use the descriptive method with literature review. The relevant literature will be systematically found in the library and with the help of the COBISS system. In the empirical part of the paper we will present the nursing care process in a patient with cardiac failure, according to the fourteen basic activities of the theoretical model of Virginia Henderson. Current and potential nursing diagnoses will be performed in a patient with cardiac failure upon arrival at the department. The comprehensive and continuous treatment of the patient is important to achieve the high-quality medical treatment. With the help of current and potential diagnosis can help to secure the hearing of the patient.

## 1 Teoretična izhodišča

Medicinske sestre se vsakodnevno srečujemo z vedno novimi in novimi izzivi. V napredek in izboljšanje zdravstvene obravnave nas usmerjajo standardi in aktivnosti zdravstvene nege, ter želja, da bi svoje delo opravile kar se da kakovostno. Zagotovo se mora medicinska sestra za doseganje zastavljenih ciljev nenehno izobraževati, saj mora poznati tako normalna stanja pacienta, kot tudi odstopanja, ki so posledica bolezenskega stanja pacienta. Da bi bila obravnava pacienta čim bolj celovita, utečena in brez napak, medicinska sestra izoblikuje s pomočjo negovalne anamneze, glede na potrebe in stanje pacienta, negovalne diagnoze. V pomoč pri ugotavljanju odstopanj od normale so medicinskim sestram poznavanje določene bolezni in teoretični modeli, ki so jih izoblikovale teoretičarke in ki se med seboj razlikujejo. Vzroki za razlike med različnimi teorijami zdravstvene nege so tudi različne potrebe in profesionalne izkušnje teoretičark na področju zdravstvene nege. Hkrati medicinska sestra v proces

zdravstvene obravnave vnese tudi koncept okolja, zdravstvene nege, zdravja in človeka. Z zagotavljanjem formalnih interdisciplinarnih odnosov med udeleženci v procesu zdravstvene obravnave, se zagotovo izboljša tudi obravnava pacienta.

Srčno popuščanje povzročajo bolezni srca, ki prizadenejo njegovo črpalno funkcijo (sistolno srčno popuščanje) ali pa njegovo polnjenje v fazi diastole (diastolno srčno popuščanje). Gre za stanje, ko srce zaradi motenega delovanja ne more ustvariti zadostnega minutnega volumna krvi in tako ne more zagotoviti zadostnega prenosa kisika za presnovne potrebe telesa ali pa to zmore samo z zvišanjem polnilnega tlaka srca (Možina, 2001). Srčno popuščanje je namreč klinični sindrom, ki je lahko posledica različnih bolezni. Populacijske študije kažejo, da je srčno popuščanje prisotno v povprečju pri 2 do 5 % splošne populacije, medtem ko pri starejših od 65 let ta delež v povprečju presega 10 %. Vzroki srčnega popuščanja: koronarna bolezen (ateroskleroza, 2/3), arterijska hipertenzija, bolezni srčnih sklopov in ostalo (okužbe, kardiotsične snovi, metabolične motnje, aritmije, kardiomiopatija).

Pacient s srčnim popuščanjem ima večinoma poleg osnovne bolezni še vrsto ostalih bolezni, ki vplivajo na potek in zdravljenje srčnega popuščanja. Srčno popuščanje lahko nastopi počasi ali pa akutno ob srčnem infarktu ali pljučni emboliji. Pacienti s srčnim popuščanjem so v urgentni ambulanti večinoma zelo prizadeti. Njihovo dihanje je oteženo, lahko imajo bolečine, včasih pa so pripeljani v urgentno ambulanto v pljučnem edemu. Ob sumu, da gre za srčno popuščanje, je treba za potrditev diagnoze pri vsakem bolniku opraviti laboratorijske preiskave, elektrokardiogram in rentgensko slikanje prsnih organov. Če preiskave potrdijo sum, je treba narediti še ultrazvok srca. Naloga medicinske sestre pri tem je zelo pomembna. Potrebno je znanje in spretnosti pravilnega odvzema laboratorijskih preiskav, znanje snemanja elektrokardiograma in sposobnosti fizične in psihične priprave pacienta na določeno preiskavo ali poseg. Pri pacientu je potrebno za vse preiskave in posege pridobiti tudi soglasje.

Uporaba metaparadigem pri obravnavi pacienta s srčnim popuščanjem je široka, a vendar ozko usmerjena. Iskati moramo povezave med posameznimi koncepti za izboljšanje zdravstvene obravnave pacienta. S pomočjo negovalnih diagnoz oblikovanih s pomočjo štirinajstih življenjskih aktivnosti teoretičnega modela Virginije Henderson, želimo predstaviti pomen zdravstvene nege za izboljšanje kvalitete zdravstvene obravnave pri obravnavi pacienta s srčnim popuščanjem.

### *1.1 Metaparadigma*

Čeprav metaparadigma zdravstvene nege predstavlja abstraktno stopnjo znanja zdravstvene nege je prav metaparadigma osnova znanja zdravstvene nege (Hajdinjak in Meglič, 2006). Zdravstveni delavci imamo velikokrat težave z prenosom teorije v prakso in prenosom prakse v teorijo. V praksi lahko po nekaterih avtorjih koncept človek poimenujejo uporabnik storitev zdravstvene nege, koncept okolje postane dejansko okolje pacienta oziroma bolnišnica, koncept zdravje se lahko nanaša na zdravstveno stanje uporabnikov v določenem okolju in zdravstvena nega na cilje delovanja ali na proces zdravstvene nege, ki ga uporabljamo. Tako lahko metaparadigme bolj približamo praksi zdravstvene nege in se z metaparadigmami lažje soočimo.

»Metaparadigmatski koncepti, ki predstavljajo prvo stopnjo v hierarhiji znanja v zdravstveni negi, so najbolj posplošeni - abstraktni koncepti (nimajo nobenih bistvenih značilnosti). Zato je omenjenim konceptom v praksi na različnih področjih zdravstvene nege potrebno dodati uporabne značilnosti ali jih ustrezno preimenovati.« (Šmitek 2001, str. 165-166)

## *1.2 Koncept zdravje*

Zdravje posameznika je močno povezano z boleznijo. Ko je posameznik zdrav ne potrebuje pomoči drugih pri zagotavljanju osnovnih življenjskih potreb, temveč je sposoben samostojnega in neodvisnega delovanja. V stanju bolezni, je posameznik v zadovoljevanju svojih potreb odvisen od pomoči drugih. Vendar moramo vedno gledati na posameznika kot na samostojno osebnost, saj vsakdo potrebuje drugačno obliko pomoči. Seveda moramo medicinske sestre poznati značilnosti določene bolezni in načine s katerimi lahko pripomoremo pacientu k povrnitvi od bolezni k zdravju. Še posebej so od naše pomoči odvisni kronični pacienti, ki potrebujejo dolgotrajnejšo pomoč in usmerjanje celotnega tima. Srčno popuščanje je ena od oblik bolezni s katero se pri svojem delu vsakodnevno srečujem.

## *Srčno popuščanje*

Pacient s srčnim popuščanjem potrebuje celostno obravnavo. Čeprav se večinoma srečujemo s starejšimi pacienti, ki imajo srčno popuščanje, pa lahko srčno popuščanje nastopi tudi kot akutna oblika. Ločimo dve vrsti srčnega popuščanja:

1. Akutno srčno popuščanje je nenadno poslabšanje črpalne sposobnosti srca, najpogosteje levega prekata, ki vodi v kopičenje tekočine v pljučih. Akutno srčno popuščanje najpogosteje povzroča srčni infarkt, ki okvari velik del srčne mišice. Akutno desnostransko srčno popuščanje je redko in je pogosto posledica pljučne embolije (zamašitve pljučne arterije s krvnim strdkom). Simptomi za nastanek akutnega srčnega popuščanja so oteženo dihanje, sopenje, kašelj z rožnatim ali penastim izmečkom, bleda potna koža (Stoppard, 2007).
2. Kronično srčno popuščanje je bolezensko stanje, pri katerem okvarjeno srce ob normalnih polnilnih tlakih ne zmore črpati dovolj krvi, da bi zadostilo presnovnim potrebam ostalih organov in tkiv. Gre za tako imenovani klinični sindrom, ki je lahko posledica različnih bolezni (Pogljajen in Vrtovec, 2011, str. 302). Simptomi kroničnega srčnega popuščanja so slabša telesna zmogljivost, težka sapa ob naporu ali v ležečem položaju, slabost, otekanje stopal in gležnjevi ter v nekaterih primerih tudi zmedenost (Stoppard, 2007).

Vendar se tudi pri kroničnem srčnem popuščanju lahko pojavi akutno poslabšanje. Pacient v pljučnem edemu je zelo prizadet in potrebuje takojšnjo obravnavo. Sprožilni dejavnik za nastanek pljučnega edema je lahko večji telesni napor, zaužitje prevelike količine tekočine v kratkem času, lahko pa je posledica infekta, ki še dodatno obremeni srce. Naloga medicinske sestre je pri pljučnem edemu odvzem krvi za preiskave po naročilu zdravnika in vzpostavitev venskega pristopa, za aplikacijo naročene terapije.

Tako kot je potrebno hitro zdravljenje pljučnega edema se lahko stanje pacienta kaj hitro spremeni in ni več v tolikšni meri odvisen od naše pomoči.

Pri pacientih s srčnim popuščanjem se lahko pojavi tudi plevralni izliv. Pacient z plevralnim izlivom težko diha, še posebej, če ni nameščen v ustrezen položaj. Z plevralno punkcijo, pa se lahko tekočina iz plevralnega prostora odstrani in pacientovo počutje je lahko kmalu boljše. Naloga medicinske sestre pri plevralni punkciji je zagotovo v prvi vrsti, da pacientu nudi psihično in fizično podporo, ter da ga pripravi na predviden poseg. Šele ko je pacient nameščen v pravilen položaj in poda informiran pristanek se plevralna punkcija lahko izvede. Med plevralno punkcijo medicinska sestra asistira zdravniku in po končani punkciji pacienta uredi, ter naroči naročene laboratorijske preiskave in kontrolno rentgensko slikanje.

Kot pomoč pri vzpostavitvi čim boljšega počutja pacienta nam je lahko tudi neinvazivna ventilacija, še bolj pomembno pa je sodelovanje pacienta.

### *1.3 Koncept okolje*

Zdravje je v najširšem pomenu besede dinamično stanje, v okviru katerega se posameznik prilagaja spremembam v notranjem ali zunanjem okolju ter tako vzdržuje dobro počutje. V pomoč pri uspešnejšem prilagajanju pacienta na spremembe v okolju smo lahko zdravstveni delavci, njegova družina in prijatelji. Danes pa tako kot tudi nekdaj ne smemo prezreti biološke dejavnike, fizično okolje in nenazadnje socialne dejavnike. Nekatere determinante zdravja imajo namreč velik vpliv na nastanek bolezni. Število kroničnih nenalezljivih bolezni je namreč v porastu in prehaja v epidemijo. Slab življenjski slog posameznika, nezaposlenost, neustrezna prehrana,.. so dejavniki, ki povzročijo poleg bioloških dejavnikov kot so starost in spol največ bolezenskih stanj, ki imajo lahko trajne posledice.

Notranje okolje sestavljajo številni dejavniki, ki vplivajo na zdravje ter vključujejo genetske in psihološke posebnosti, umske in duhovne razsežnosti in bolezenske procese. Zunanje okolje sestavljajo dejavniki izven telesa, ki lahko vplivajo na zdravje. Vključujejo fizično okolje, socialne povezave in odnose ter ekonomske in druge okoliščine. Ker se zunanje in notranje okolje neprestano spreminjata, se mora posameznik za vzdrževanje fizičnega, čustvenega, razumskega, socialnega, razvojnega ali duhovnega dobrega počutja okoljem stalno prilagajati. Cilj vsestranskega prilagajanja je notranje ravnovesje, ki je osnova dobrega počutja. Okolje delimo na zunanje in notranje. Človeku je lahko v podporo in pomoč družina, svojci, prijatelji, zdravstveni delavci, lahko pa so vzrok njegovega slabega počutja naravni vplivi, biološki dejavniki, fizično okolje, socialni dejavniki (Šmitek 2001).

### *1.4 Koncept človek*

Brez aktivnega sodelovanja pacienta zdravljenje zagotovo ni uspešno. Hajdinjak in Meglič (2012) poudarjata, da pacient, ki potrebuje pomoč, ne sme biti samo pasivni udeleženec v procesu zdravstvene nege. Medicinska sestra mora zato pacienta obravnavati celostno. Pri svojem delu mora tako upoštevati pacientovo telesno in duševno stran. Vendar vsakega pacienta ni lahko motivirati.

Človek in zdravstvena nega lahko vplivata na okolje in ga prilagajata potrebam v okviru svojega znanja, sposobnosti in zmožnosti. Stanje zdravja posameznika ali skupine je odvisno od vzpostavljanja ravnovesja med zapletenimi odgovori na številne notranje telesne in duševne ter zunanje vplive okolja (Šmitek 2001).

Zavedanje o pomenu zdravja se nas velikokrat dotakne šele takrat ko zbolimo. Zato je še bolj pomembna aktivna preventivna zdravstvena dejavnost na vseh področjih zdravstvene nege. Temelje preventive je postavil že Hipokrat, osnovo je nadgradila Florence Nahtigal, nadgradnja pa poteka še danes. Danes preventivno zdravstveno varstvo razdelimo na primarno, sekundarno in terciarno, v sklopu katerih se izvajajo cepljenja, sistematični pregledi, preventivni programi, kot tudi preventivni ukrepi za preprečevanje zapletov ob nastanku bolezni. Ozaveščanje zdravstvenih delavcev, da mora biti zdravstvena nega celovita in kontinuirana močno pripomore k preprečevanju bolezenskih stanj. Celovita in kontinuirana zdravstvena nega namreč izhajati iz simptomov bolezni in pacientove osebnosti, hkrati pa upošteva njegovo individualno, družinsko, kot tudi njegovo sosedsko okolje. To narekuje potrebo po sodelovanju in vključevanju pacienta samega, njegovih svojcev in bližnjega okolja v proces zdravstvene nege. S timskim pristopom oblikujemo individualni načrt obravnave in načrt zdravstvene nege ter tako določimo metodo dela, ki bo učinkovito preprečila ali zmanjšala pacientove težave in mu omogočila boljše delovanje, zdravje, počutje in doživljanje v okolju. Poznavanje pacienta kot celote je pomembno tudi zato, da pacientu pomagamo prebroditi njegove morebitne socialne stiske, ki so nemalokrat povezane z njegovim zdravjem. Pacienti, ki se znajdejo v kritični situaciji, so zagotovo pod velikim stresom, ki lahko pripelje do nastanka bolezni. Posebno pozorni moramo biti tudi pri obravnavi pacientov s posebnimi potrebami kamor lahko prištejemo mladostnike, starostnike, slepe, gluhoneme, paciente iz različnih etičnih skupin, ter ostale stigmatizirane paciente.

### *1.5 Koncept zdravstvene nege*

Kaj pomeni zdravstvena nega v metaparadigmatski strukturi, je najbolje izrazila Virginia Henderson z opredelitvijo delovne vloge medicinske sestre, ki nekoliko spremenjena danes služi kot definicija zdravstvene nege: »Edinstveno delovanje (vloga) medicinske sestre je pomoč posamezniku, bolnemu ali zdravemu, pri tistih aktivnostih, ki prispevajo k zdravju ali njegovemu izboljšanju (ali k mirni smrti) in bi jih izvajal sam, če bi imel za to potrebno moč, voljo ali znanje; in izvajanje pomoči na način, ki mu omogoča doseči čim hitrejšo neodvisnost« (Henderson, 1966 cit. v Marriner-Tomey, Alligood, 1998 in Šmitek, 2001, str. 165).

Zdravstvena obravnava pacienta se ne začne z vstopom le tega v bolnišnico in ne konča z odpustom pacienta iz bolnišnice. Upoštevanje metaparadigem ima ključen pomen pri obravnavi pacienta, saj zagotavljajo nepretrgano in usklajeno zdravstveno oskrbo med različnimi ustanovami in izvajalci zdravstvene nege, hkrati pa se pojavi sodelovanje med zdravstvenim osebjem in bolnikom ter njegovimi svojci. V ospredju je tako podana potreba po celoviti obravnavi pacientov in spodbujanju dobre klinične prakse.



## 2 Metoda

Pri delu smo uporabili opisno metodo dela s pregledom strokovne in znanstvene literature, ki smo jo sistematično iskali v knjižnici in s sistemom COBISS.SI. Pri iskanju gradiva smo si pomagali z naslednjimi ključnimi besedami: negovalne diagnoze, medicinska sestra, srčno popuščanje, zdravstvena nega. Na podlagi teoretičnih izhodišč in praktičnih izkušenj smo predstavili potek zdravstvene nege pri pacientu s srčnim popuščanjem. Negovalne diagnoze smo oblikovali na osnovi štirinajstih življenjskih aktivnosti, po teoretičnem modelu Virginije Henderson (1998), ki omogoča celostno obravnavo pacienta, na dan sprejema pacienta na oddelek.

### 2.1 Ugotavljanje bolnikovih potreb

Za zbiranje podatkov s pomočjo katerih ocenimo pacientovo stanje, smo uporabili negovalno anamnezo, ki obsega osnovne podatke o pacientu (ime in priimek - JG , spol - M, starost – 72 let, BMI – 32, TT – 38,6 °C, RR – 160 /92, frekvenco dihanja – 29/min, sat. – 76% in bitja srca – 132/min ...), podatke o življenjskih aktivnostih (prehranjevanju – več manjših obrokov, spanje – počiva tudi preko dneva, ponoči ima dvignjeno vzglavje, izločanje in odvajanje – težave z obstipacijo in odvajanjem urina, ...). Pacienta smo opazovali in zabeležili barvo kože (potna in bleda) in morebitne rane (kronična golenska razjeda), stopnjo pokretnosti pacienta (težje pokreten, hodi s pomočjo palice). Pregledali smo dosedanje zdravstveno dokumentacijo (večkratne hospitalizacije zaradi težkega dihanja, ki je nastopilo kot posledica zastajanja vode v telesu), ter se pogovorili s svojci (s pacientom so samo v popoldanskem času, sam jemlje zdravila in skrbi za svojo osebno higieno, opažajo, da je postal pozabljiv) in kontaktirali patronažno službo (prevez kronične golenske razjede s strani patronažne delavke trikrat tedensko).

### 2.2 Negovalne diagnoze

Ko smo ugotovili kakšno je stanje pacienta smo s pomočjo štirinajstih življenjskih aktivnosti izoblikovali aktualne in potencialne negovalne diagnoze. Zapisane so samo tiste življenjske aktivnosti, pri katerih smo zaznali negovalni problem.

- Dihanje in krvni obtok:
  - Neučinkovito dihanje, zaradi zastajanja vode v telesu, ki se kaže s plitvim hitrim dihanjem s frekvenco 29 vdihov na minuto in 76 procentno nasičenostjo krvi s kisikom.
  - Zmanjšana funkcija srca, ki se kaže z frekvenco srčnega ritma 132 / minuto, edemom, dispneo in hropenjem.
- Prehranjevanje in pitje:
  - Neustrezno prehranjevanje, ki se kaže v indeksu telesne mase 32, zaradi neravnovesja med zaužito hrano in potrošeno energijo.
  - Neustrezno uravnavanje bilance tekočin, ki se kaže v zastajanju tekočine v telesu.

- Izločanje:
  - Možnost motenega izločanja urina zaradi neustrezne lege, psihične obremenitve in neugodja.
  - Nevarnost nastanka obstipacije zaradi zmanjšane črevesne peristaltike ob pomanjkanju gibanja in spremembi okolja.
- Gibanje in ustrezna lega:
  - Omejeno gibanje zaradi dispnee ob fizičnem naporu.
  - Nevarnost padca, zaradi prejemanja sredstev za zniževanje krvnega tlaka in diuretikov.
- Spanje in počitek:
  - Prekinjeno trajanje in kvaliteta spanja, zaradi dušenja, kar povzroča motnje v dnevnih aktivnostih, zaradi utrujenosti, ki se kaže z dnevnim počitkom.
- Oblačenje:
  - Nezmožnost samostojnega oblačenja in slačenja zaradi izčrpanosti pacienta.
- Vzdrževanje normalne telesne temperature:
  - Možnost nastanka hipertermije zaradi infekta, ki se kaže s temperaturo 38,6 °C.
- Osebna higiena in urejenost:
  - Nezmožnost samostojnega izvajanja osebne higiene zaradi omejenega gibanja.
- Izogibanje nevarnostim v okolju:
  - Nevarnost infekcije zaradi poškodovanje kože na mestu kronične rane.
- Nevarnost za poškodovanje kože zaradi spremenjenega krvnega obtoka, edemov in zvišane telesne temperature.
  - Nevarnost nastanka razjede zaradi pritiska, zaradi ležanja na hrbtu.
- Odnosi s ljudmi in izražanje čustev:
  - Zaskrbljenost zaradi ponovitve akutnega poslabšanja bolezni.
- Učenje in pridobivanje znanja:
  - Pomanjkljivo znanje o bolezni, ki se kaže kot nemir, strah in pogosto postavljanje vprašanj.

### 2.3 Načrtovanje procesa zdravstvene nege

V tej fazi smo si postavili cilje in načrtovali negovalne intervencije, ki so v povezavi z postavljenimi negovalnimi diagnozami. Za cilj smo si zadali:

- lažje dihanje pacienta, kar bomo dosegli z aplikacijo predpisane terapije in namestitvijo pacienta v polsedeč položaj, ter namestitvijo C-papa;
- poznavanje zaužite in izločene tekočine, za kar je potrebno nastaviti list bilance tekočin;
- da pacient ne bo padel, zato bo imel pacient pomoč pri vstajanju;
- da bosta pacientovo spanje in počitek kvalitetnejša zato bomo sodelovali pri terapevtski plevralni punkciji in odstranili moteče dejavnike iz okolja;
- da bo pacientova koža suha in brez znakov poškodbe, zato bomo izvajamo redne preveze kronične rane, namestili antidekubitusno blazino, pacientu pomagali pri izvajanju osebne higiene;

- da bo pacient afebrilen, zato bomo aplicirali predpisano terapijo;
- da bo pacientovo poznavanje bolezni večje, zato bomo izvedli terapevtski pogovor.

#### 2.4 Izvajanje

Ko smo si zadali določene cilje in načrtovali negovalne intervencije, negovalne intervencije tudi izvedemo. Pri izvajanju smo pozorni, na pravilnost izvedbe, ter varnost pacienta med izvajanjem negovalnih intervencij. Stopnjo pomoči prilagodimo posamezniku, saj se zdravstveno stanje posameznika lahko hitro spremeni. Medicinska sestra mora po potrebi tudi sodelovati z drugimi zdravstvenimi delavci, kot je recimo zdravnik in fizioterapevt. To je še posebej pomembno pri akutnem poslabšanju bolezni, ko lahko z hitrim ukrepanjem dosežemo hitro izboljšanje zdravstvenega stanja pacienta.

#### 2.5 Vrednotenje procesa zdravstvene nege

Na koncu vsakega procesa je vrednotenje opravljenega dela. Sprotno vrednotenje je pomembno, da v naglici ne pride do napak, zato je še bolj pomembno dobro načrtovanje aktivnost in razdelitev del in nalog, da vsakdo ve kaj mora narediti. Evalvacijo doseženih rezultatov lahko naredimo, če imamo vestno vodeno dokumentacijo in z ugotavljanjem pacientovih potreb. Proces zdravstvene nege se namreč ne konča z razrešitvijo ene negovalne diagnoze, temveč se nadaljuje tudi ob odpustu pacienta v domače okolje.

### 3 Razprava

Uporaba metaparadigem v praksi zdravstvene nege ima zagotovo pozitiven vpliv na zadovoljstvo pacienta kot uporabnika. Že Grki so na človeka gledali kot osebo pri kateri se bolezen pojavi, ko se poruši ravnovesje med dobrim in slabim. V smer celostnega pogleda na pacienta nas danes usmerja kodeks etike, saj moramo pacienta sprejeti takšnega kakršen je in pri delu upoštevati njegove želje in zakonsko določene pravice. Čeprav je naše delo še vedno usmerjeno v pomoč zdravniku in večinoma velja, da medicinske sestre samo pomagamo, ni več samo tako. Velik napredek na področju zdravstvene nege je bil dosežen z odprtjem referenčnih ambulant in priznavanjem specialnih znanj medicinskih sester. V tujini pa so že korak pred nami. Uporaba metaparadigem je marsikomu še zelo tuja. Ker večinoma svoje delo opravljamo po liniji najmanjšega napora smo tudi zaspali na svojem znanju in ga ne nadgrajujemo.

Pridobivanje novega znanja je lahko naporno, vendar nam razčlenitev del in nalog omogoči, da vsak posameznik kar najbolj sodeluje in tako po svojih možnosti prispeva k napredku. Prepletanje vseh zdravstvenih delavcev v proces zdravstvene nege ima velik pomen pri sprejemanju in pomnjenju njene vsebine. Nobene stopnje zdravstvene nege ne smemo podcenjevati, saj lahko tako dejanje onemogoča učinkovitost vseh ostalih stopenj. Napake ki se pojavijo moramo sprotno preučiti in jih kar se da hitro odpraviti. Pri tem so nam lahko v pomoč dobri rezultati drugih, zato je še bolj pomembno, da svoje znanje širimo naprej.

Zdravstvena nega, ki obravnava pacienta v povezavi z okoljem, s katerim je močno povezan lahko prepozna vplive okolja na njegovo zdravje in škodljive dejavnike s pomočjo preventive tudi odpravi. Zdravstveni delavci se ne smemo prestrašiti pred novimi izzivi. Naše delo namreč ni samo negovanje onemoglih in bolnih, temveč tudi sodelovanje pri izboljšavi zdravstvene oskrbe. Z kritičnim pristopom do zdravstvene nege lahko poiščemo vrzeli, ki se v njej pojavljamo in o njih spregovorimo. Zavedati se moramo, da smo samo dobro pripravljene sposobni speljati svoje naloge do primerne nega zaključka.

## LITERATURA

3. Berden, P. (2001). *Živimo s srcem*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenija.
4. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2006). *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
5. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2012). *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
6. Henderson, V. (1998). *Osnovna načela zdravstvene nege*. Ljubljana: Zbornica-Zveza.
7. Možina, H. (2001). Patofiziološka dogajanja pri srčnem popuščanju. *Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije* (40), 129–132.
8. Stoopard, M. (2007). *Zdravstveni vodnik za vso družino*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
9. Šmitek J. (2001). Hierarhija znanja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 35 (1-2), 163–174.

# Starostnik in oglaševanje zdravil

UDK 615:659.1-053.9

**KLJUČNE BESEDE:** demografske spremembe, starostniki, izdatki za zdravila, oglaševanje zdravil, Slovenija

**POVZETEK** - Svetovno gospodarstvo se iz leta v leto sooča z novimi izzivi, med katerimi so nekateri začasne narave, spet drugi pa so stalni. Med slednje prav gotovo sodijo spremenjene demografske razmere, ki postavljajo socialni in zdravstveni sistem ter družbo kot celoto pred izziv povečanih potreb, kjer pa ne gre samo za problem premajhnih kapacitet in ponudbe, ampak tudi za problem financiranja. Študije kažejo, da se poleg življenjske dobe podaljšuje tudi čas zdravega življenja. Ne glede na to, pa se tveganje za razvoj kroničnih bolezenskih stanj, akutnih bolezenskih zapletov in multimorbidnosti s staranjem povečuje. Posledica tega pa so višji izdatki za zdravila in zdravstvo na splošno. Podatki kažejo, da so zdravstveni izdatki za populacijo nad 65 let 4,5-krat višji kot za povprečnega prebivalca. Izdatki za zdravila za to populacijo predstavljajo 1/3 vseh nacionalnih izdatkov za zdravila. Zato je sodelovanje bolnika pri zdravljenju zelo pomembno. Raziskave kažejo, da približno 60 % starostnikov ne jemlje zdravil po navodilih zdravnika. K temu pa lahko prispeva več dejavnikov, od zmanjševanja psihofizičnih sposobnosti posameznika do vplivov okolja, kamor lahko uvrstimo tudi oglaševanje. V prispevku tako predstavimo rezultate raziskave o vplivu (potencialnega) oglaševanja zdravil v Sloveniji na posameznika z vidika skrbi za lastno zdravje.

UDC 615:659.1-053.9

**KEY WORDS:** demographic changes, the elderly, expenditure on medications, advertising of medications, Slovenia

**ABSTRACT** - The global economy is facing new challenges each year, some of them are temporary while others are permanent. The latter is undoubtedly the aging of the population. Demographic changes impact the social and healthcare systems and society as a whole, to face the challenge of modified and increasing demands, where the lack of capacities and services stand next to the problem of financing. The fact is, that studies show the prolongation of general life expectancy, as well as of the period of being healthy in life. However, regardless of that, the risk of developing chronic disease conditions, acute complications and multimorbidity actually increases with age. The increased risk, of course, results in greater expenditure on medications and healthcare in general. Data show that healthcare expenditures for the population aged 65 and over, are 4.5 times higher than for an average person. At the same time, experience shows that expenditure on medications for the elderly population represents 1/3 of the total national expenditure on medications. Therefore, the cooperation of a patient during treatment is very important. Studies show that approximately 60% of elderly people do not take their medications as prescribed by the doctor. This may be due to several factors, from the reduction of mental and physical condition of the individual, up to the influence of environment, which also includes advertising. The paper therefore presents the research results regarding the impact of (potential) advertising of medications on the individual in Slovenia, in terms of caring for one's own health.

## 1 Uvod

Vsako obdobje človeka je nekaj posebnega, nekaj drugačnega. A od rojstva dalje se vsi staramo. Starost pa s sabo slej ko prej pri večini prinese tudi bolezen in z njo povezane izzive tako za posameznika kot družbo, del katere je. Posamezna gospodarstva se s temi izzivi, ki bodo v prihodnje zaradi staranja prebivalstva še večji, soočajo različno. Prav tako pa se različno na to pripravljajo posamezniki. Nekateri želijo veliko narediti na preventivi, spet drugi se zanašajo na čudežno moč zdravil. Prav slednji so pogosto ciljna publika farmacevtskih podjetij, ki v svojih oglasih predstavljajo različna zdravila brez recepta.

## 2 Staranje prebivalstva in starostniki v Sloveniji

Staranje je fiziološki proces, ki se začne z oploditvijo in ga ne moremo preprečiti. Človek se tako stara celo življenje (Ramovš, 2014, str. 45). Ob pojmu starost pogosto pomislimo na kronološko starost, ki jo merimo z leti življenja. Ob tem ne smemo pozabiti na funkcionalno starost, ki je odraz biološke, psihofizične in socialne starosti posameznika (Železnik, 2014, str. 18). Slovar slovenskega knjižnega jezika opredeli starost kot dobo v človeškem življenju od zrelih let do smrti (Ramovš, 2013b, str. 41). Ne glede na vse pa velja, da starosti ne moremo ubežati, lahko pa poskrbimo, da bo naša starost kakovostna in dostojanstvena (Fink in sod., 2012, str. 8). Ne smemo namreč pozabiti, da je starost stvar osebnega stališča in občutkov njega samega ter njegovega socialnega okolja. Zato tudi velja, da ljudje v različnih kulturah in državah menijo, da se starost začneja pri različni starosti, v EU povprečno s 64. letom (Ramovš, 2013b, str. 41).

Če so v preteklosti le redki dosegali visoko starost, temu sedaj ni tako. Znanost je na krizni demografski razvoj začela glasneje opozarjati v zadnjem desetletju 20. stoletja. Tako je bilo leto 1999 z dokaj močno simboliko razglašeno za mednarodno leto starih ljudi. S tem je bil obeležen prehod iz 20. stoletja, ki so ga radi imenovali stoletje otroka, v 21. stoletje, ki se ga je že prijel vzdevek stoletje starih ljudi (Ramovš, 2013a, str. 28, 31). Rečemo torej lahko, da je staranje prebivalstva novejši demografski pojav, za katerega sta značilni zmanjšani umrljivost in rodnost (Železnik, 2014, str. 18). Zaradi vsega tega pa se spreminja starostna sestava prebivalstva, saj imamo na eni strani vse daljše trajanje življenja, na drugi strani pa maloštevilne mlade generacije. Tako se v zadnjih desetletjih povečuje delež starejših v družbi (Kenda in Zupančič, 2012, str. 15). Prehajamo v t.i. dolgoživo družbo, kar ima posledice za celotno družbo, vzdržnost sistemov socialne varnosti, odnose med posameznimi skupinami prebivalstva ter kakovost življenja (Hlebec in sod., 2010, str. 5).

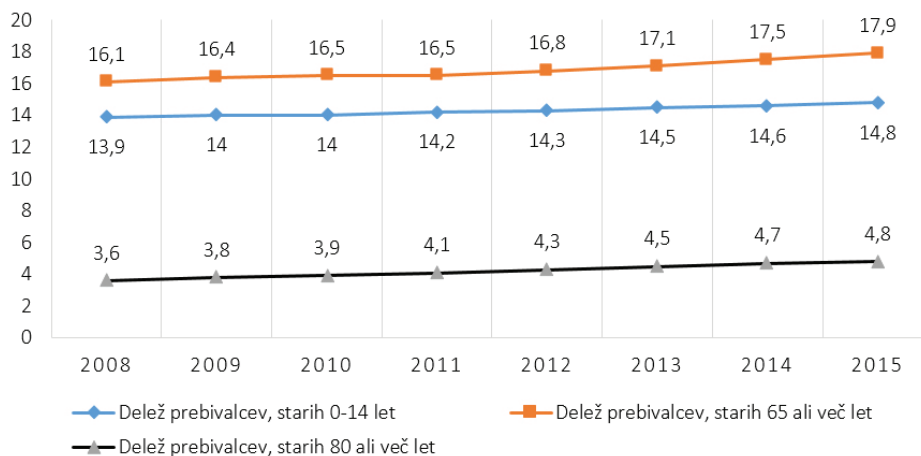
Po letu 1980 poteka v Evropi in ostalem razvitem svetu novo dejanje demografske tranzicije, in sicer se še naprej daljša povprečna življenjska doba, rodnost je upadla pod mejo ohranitve enakega števila prebivalcev, večja se delež prebivalcev v mestih. Demografske projekcije kažejo vse do leta 2060 številčno neravnovesje med mlado, srednjo in tretjo generacijo. Pri tem Ramovš (2013a, str. 24) opozarja, da bo rasel predvsem delež prebivalstva starejšega do 60 let, zlasti pa najstarejših ljudi.

Na pogladi podatkov iz leta 2014 ugotavljamo, da starostna sestava prebivalstva EU-28 ni ugodna, saj je bilo 18,5 % starejših od 65 let, na drugi strani pa samo 15,6 % mlajših od 14 let. V istem letu je bil delež mladega prebivalstva v Nemčiji 13-odstoten. Je pa najugodnejšo sestavo prebivalstva med evropskimi državami je v letu 2014 imela Turčija, ki je med vsem prebivalstvom imela 25 % mladega prebivalstva (Boljši, slabši, povprečni – Statistični pregled Slovenije v mednarodni skupnosti 2015, 2015, str. 13).

Ob tem velja opozoriti, da se slovensko prebivalstvo stara še hitreje kot je evropsko povprečje (Ramovš, 2013a, str. 33). V Sloveniji je bilo na dan 1. 1. 2015 2.062.874

prebivalcev, od tega jih je bilo 304.310 mlajših od 14 let in 369.386 starih 65 let in več (Statistični urad Republike Slovenije, 2016). Kako se je gibal delež prebivalcev posameznih starostnih skupin v obdobju od 2008 do 2015 prikazuje spodnji graf.

Graf 1: Prebivalci po starosti



*Vir:* Statistični urad Republike Slovenije (2016). Spletna stran: <http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/Saveshow.asp>.

Lah in sod. (2013, str. 8) opozarjajo, da se bo kljub v zadnjih letih nekoliko povečani rodnosti indeks staranja, tj. razmerje med prebivalci, starimi 65 ali več let, in otroki, starimi manj kot 15 let, v Sloveniji povečeval. Eurostatove projekcije prebivalstva EUROPOP2010 predvidevajo, da bo v Sloveniji že leta 2035 kar dvakrat toliko starejših kot otrok. Celotna EU naj bi takšno razmerje med starejšimi in otroki dosegla pozneje, in sicer leta 2050. Ramovš (2013a, str. 25) ob tem tudi izpostavlja ocene, da bo leta 2030 delež prebivalstva, starega 65 let in več, 24,2-odstoten, leta 2060 pa že 31,6-odstoten. Hvalič Touzery (2014, str. 4) še dodaja, da so najhitreje naraščajoča skupina starostnikov ljudje, stari 85 let in več. Ti so v Sloveniji leta 2013 tvorili 1,5 % prebivalstva, leta 2030 3,1 %, leta 2060 pa jih bo že 144.468, kar pomeni 7,02 % slovenskega prebivalstva.

Ne glede na to, da po navadi staranje prebivalstva razumemo kot težavo, pa Ivanuša (2012, str. 5-7) ob tem dodaja, da je staranje prebivalstva pomembna zmaga sodobne družbe, saj je odraz boljšega zdravja ljudi na globalni ravni. Še vedno namreč velja, da staranje po eni strani prinaša več bolezni, več socialne izključenosti in tudi revščine, po drugi strani pa so danes starejše generacije čedalje bolj zdrave in aktivne. Ne glede na vse to pa se moramo zavedati, da starejši od 65 let zagotovo ne bodo vseh svojih preostalih let življenja preživeli popolnoma zdravi. Vemo namreč, da se tveganje za razvoj kroničnih bolezenskih stanj, akutnih bolezenskih zapletov in multimorbidnosti s staranjem povečuje (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015 – 2025 – skupaj za družbo zdravja, 2015, str. 12). Je pa to tudi priložnost za farmacevtska podjetja in seveda izziv za zdravstvo in družbo kot celoto.

### 3 Poraba zdravil in oglaševanje zdravil

S starostjo se pogostost bolezni in njihovo hkratno pojavljanje povečuje. Starost sama po sebi sicer ni bolezen, je pa pogosto z njo tesno povezana, saj se s povečevanjem deleža starejših oseb povečuje tudi število kroničnih bolezni in stanj, s tem pa tudi potrebe in zahteve po njihovi ustrezni obravnavi (Toth, 2004, str. 733). Številne bolezni se pojavljajo veliko pogosteje in sočasno ter običajno zahtevajo dolgotrajno, doživljenjsko zdravljenje. Podatki kažejo, da ima pri 65 letih približno 30 % starostnikov ugotovljeno eno bolezen, 45 % pa jih ima že dve kronični bolezni, pri starejših se to še povečuje (Grobler, 2010, str. 7-8). Slednje pa povečuje potrebe po hospitalizaciji, po zdravlilih, medicinskih pripomočkih in obravnava bolnikov na vseh ravneh zdravstvene službe. Raziskave so pokazale, da povprečna oseba, starejša od 65 let, v razvitejših državah potrebuje približno med 3- do 4,6-krat več finančnih sredstev kot povprečni prebivalec v starosti od 0–64 let. Še večja so potrebna sredstva za populacijo, staro 75 in več let, kjer se ta po posameznih državah povečajo v odnosu na populacijo v starosti med 0 do 64 let približno 3,1- do 7,7-krat (Toth, 2004, str. 733). Po nekaterih ocenah so ti izdatki za starejše od 80 let celo 8-krat višji kot za osebe do 65 let. Zato v posameznih razvitih državah porabijo za starejše bolnike eno tretjino ali več vseh izdatkov za zdravila (Premuš Marušič, 2011).

V letu 2012 smo v Sloveniji za zdravstveno varstvo namenili 3.308 milijonov EUR oz. 1.609 € v povprečju na osebo (leta 2012 1.106 €). Več kot četrtnina celotnih izdatkov za zdravstveno varstvo se financira iz zasebnih virov. Iz skladov socialne varnosti, ki so sicer osnovni nosilec financiranja zdravstvenega varstva, pa je bilo v letu 2012 pokritih 70 % vseh izdatkov za zdravstvo. Skoraj tri četrtine izdatkov za zdravstveno varstvo so bile v letu 2012 porabljene za financiranje storitev kurativnega zdravljenja (53 %) ter zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke (24 %) (Statopis – Statistični pogled Slovenije 2014, str. 32).

Zdravstveni sistem danes zagotavlja, da imamo na voljo kakovostna zdravila. Vendar bo samo pravilna uporaba zdravila zagotovila njegovo učinkovitost in varnost (Potočnik Benčič, 2010, str. 9). Zato je sodelovanje bolnika pri zdravljenju zelo pomembno, a podatki kažejo, da približno 60 % starostnikov ne jemlje zdravil po navodilih zdravnika (Kržan in Budihna, 2007). Doslednost pa je potrebna tudi za zdravila, ki so na voljo brez zdravniškega recepta (zdravila za samozdravljenje). To so zdravila, za katera se je skozi več let uporabe izkazala njihova varnost oziroma neškodljivost. A tudi to so zdravila in lahko imajo poleg zelenih tudi neželene učinke. Ti so pogostejši, če jih uporabljamo sočasno z drugimi zdravili (Potočnik Benčič, 2010, str. 10). Nepripravljena uporaba zdravil pomembno vpliva na varnost bolnikov, še posebej v populaciji oseb, ki so stare 65 let ali več (starostniki) (Petek Šter, 2009, str. 232). Kljub vsemu pa vemo, da tudi starejši posegajo po zdravlilih brez recepta, k čemur jih prepričajo tudi oglasi za zdravila.



### 3.1 Ogllaševanje zdravil

Ogllaševanje je vsaka plačana oblika neosebne predstavitve in promocije zamisli, proizvodov ali storitev, ki jo plača znani naročnik (Kotler, 2004, str. 590), da preko medijev informira in prepriča ciljni trg. Poleg informiranja je namen oglaševanja tudi ustvarjati zavedanje o proizvodu oz. storitvi in vplivati na raven poznavanja le-teh (Hill, 2013, str. 177) ter tako prepričevati in vplivati na spremembo določenih stališč in s tem posredno na ustrezno akcijo potrošnika, s čimer podjetje dosega svoje cilje (Arens, 2006, str. 14). Vse to pomeni, da mora biti oglaševanje usmerjeno na psihološke dejavnike, ki vplivajo na nakup (Florjančič in Ferjan, 2000, str. 167), saj ti lahko ustvarijo intenzivno in dolgotrajno pripravljenost za nakup.

Poleg Zakona o medijih oglaševanje na splošno urejajo tudi drugi zakoni ter tudi etični kodeksi, med katerimi je treba omeniti Slovenski oglaševalski kodeks. Še dodatno pa je urejeno oglaševanje zdravil. To posebej urejata Zakon o zdravilih (ZZdr-2) in tudi Pravilnik o oglaševanju zdravil. Zakon o zdravilih (Uradni list RS št. 17/20014) in tudi Pravilnik o oglaševanju zdravil pod pojmom oglaševanje zdravil razumeta vse oblike obveščanja, vključno z obveščanjem od vrat do vrat, propagiranjem ali spodbujanjem, ki je namenjeno pospeševanju predpisovanja, izdajanja, prodaje ali uporabe zdravil. Pri tem posebej poudarjata, da je dovoljeno oglaševanje samo tistih zdravil, ki imajo dovoljenje za promet z zdravili v skladu z Zakonom o zdravilih. Glede na ciljne skupine se oglaševanje zdravil deli na oglaševanje v širši javnosti (laične skupine in posamezniki) ter na oglaševanje v strokovni javnosti (osebe, pooblaščen za predpisovanje in izdajanje zdravil). Pri tem velja, da je širši javnosti dovoljeno oglaševati le zdravila, ki se izdajajo brez recepta. Zakon v Sloveniji tako eksplicitno prepoveduje v širši javnosti oglaševanje zdravil na recept. A to ne velja za povsod. V ZDA in Novi Zelandiji je širši javnosti dovoljeno oglaševati tudi zdravila na recept.

Ker se je oglaševanju in tudi oglaševanju zdravil praktično nemogoče izogniti, nas je zanimalo, koliko starejši od 60 let zaupajo informacijam v oglasih in tudi kaj menijo, o tem, da bi v prihodnje bilo b Sloveniji dovoljeno tudi oglaševanje zdravil na recept.

## 4 Odnos starostnikov do oglaševanja zdravil

### 4.1 Metodologija, opis instrumenta in postopek zbiranja podatkov

Za proučitev odnosa starostnikov do zdravil brez recepta in oglaševanja zdravil smo uporabili neeksperimentalno kvantitativno metodo raziskovanja. Ob tem povejmo, da je to del obsežnejše raziskave na temo vpliva oglaševanja zdravil na potrošnike in zdravnike.

Tehnika zbiranja podatkov je bilo anketiranje. Kot instrument raziskovanja smo uporabili strukturiran vprašalnik. In sicer je šlo za spletno anketo, ki smo jo izvedli s pomočjo portala [www.1ka.si](http://www.1ka.si). Vprašanja so bila v glavnem zaprtega tipa (ang. closed questions), so pa imeli anketiranci pri posameznih vprašanjih možnost tudi dopisati pogled na posamezno tematiko, kar pomeni, da smo uporabili tudi pol odprti tip

vprašanj (ang. semi-open questions). Sama vprašanja pa so bila oblikovana na osnovi pregledane literature in virov ter aktualnega stanja v Sloveniji.

Za potrebe raziskave smo se odločili za priložnostno vzorčenje, ki je ena izmed oblik neverjetnostnega vzorčenja. Tako smo se odločili za naraščajoče vzorčenje (Dimovski in sod., 2005, str. 150), ki ga nekateri imenujejo tudi verižno vzorčenje (Bregar in sod., 2005, str. 44–45) oz. princip snežne kepe oz. »snowball sampling«. V tem primeru smo vsem, katerih e-naslov smo imeli, posredovali link do spletne ankete in jih hkrati prosili, da e-pošto skupaj s povezavo do spletne ankete posredujejo svoji bazi e-naslovov in hkrati naslovnike prosijo, da izpolnijo anketo. Vse z namenom, da bi v raziskavo vključili starostno, izobrazbeno in geografsko razpršen vzorec. Sami smo tako posredovali anketo na 4.799 e-poštnih naslovov. Mnoge od njih smo potem poklicali tudi po telefonu in jih še dodatno motivirali tako za izpolnjevanje kot posredovanje povezave.

Prav tako smo bili aktivni na iskalnikih, družabnih omrežjih (Facebook in Twiter) in forumih (Med.over.net – na več temah, <http://forum-tezave-pomagajmosi.mojforum.si/forum-tezave-pomagajmosi-about2471.html>). Posebno pozornost smo namenili tudi starejši populaciji, ki naj bi bila manj večča uporabe spleta. Tako smo posebej aktivni bili tudi na straneh, kjer je bolj aktiven ta del populacije. V ta namen smo se s prostovoljci Simbioze (Simbioz@ je prvi vseslovenski prostovoljski projekt za učenje veščin računalništva in mobilne telefonije za starejše) dogovorili, da lahko na časovnici njihovega Facebook profila objavimo povabilo k izpolnjevanju ankete. Povezavo do ankete smo objavili tudi na časovnici Facebook profila Varna Starost.

Raziskava je potekala od 1. aprila do 9. maja 2014. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, vsem anketirancem pa je bila zagotovljena anonimnost.

Podatke, ki smo jih dobili s pomočjo anketnega vprašalnika, smo obdelali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Windows Excel in IBM SPSS Statistics 21. Rezultati so prikazani na podlagi povprečnih vrednosti in standardnih odklonov. Primerjava med skupino anketirancev starejših od 60 let in ostalimi anketiranci pa je narejena s pomočjo t-testa.

#### *4.2 Predstavitev vzorca*

V celotni raziskavi je sodelovalo 995 anketirancev, med katerimi je bilo 71 % žensk (706 oseb). Starostna struktura vzorca je raznolika, in sicer je največ, 27 % anketiranih, starih med 30 in 39 let. Temu sledijo stari od 20 do 29 let (26 % anketiranih) ter od 40 do 49 let (24 % anketiranih). Več kot 60 let pa je bilo starih 6 % anketirancev. Prav slednjim bomo namenili v nadaljevanju največ pozornosti. V nadaljevanju bomo namreč proučevali odnos starejših do zdravil brez recepta in njihov odnos do oglaševanja zdravil. Pri tem pa bomo naredili tudi primerjavo do ostalih anketirancev.

Med anketiranimi starejšimi od 60 let je bilo nekoliko več žensk (52,6 %). Natančnejša analiza starosti pa pokaže, da je bilo med temi anketiranci 78,3 % starih med 60 in 69 let, 21,7 % pa je starejših od 69 let.

Osebe starejše od 60 let so, tako kot ostale osebe v vzorcu, prihajale iz vseh delov Slovenije, pri čemer jih je največ bilo iz jugovzhodne Slovenije (38,3 % anketiranih starejših), 15 % starejših anketirancev je bilo iz osrednjeslovenske regije in 13,3 % iz podravske regije. Ostale regije pa so bile zastopane s 7 % anketirancev ali manj.

Anketiranci starejši od 60 let so se razlikovali tudi po izobrazbeni strukturi. Kot vidimo, je največ anketirancev imelo zaključeno štiriletno srednjo šolo (24,6 %). Tem so sledili anketiranci z zaključeno univerzitetno izobrazbo (19,3 %) in anketiranci z zaključeno višjo šolo ter doktoratom znanosti (17,5 %). Pri tem povejmo, da je bil med temi anketiranci bistveno višji delež anketirancev z dokončanim doktoratom kot med anketiranci starimi do 60 let (2,2 %).

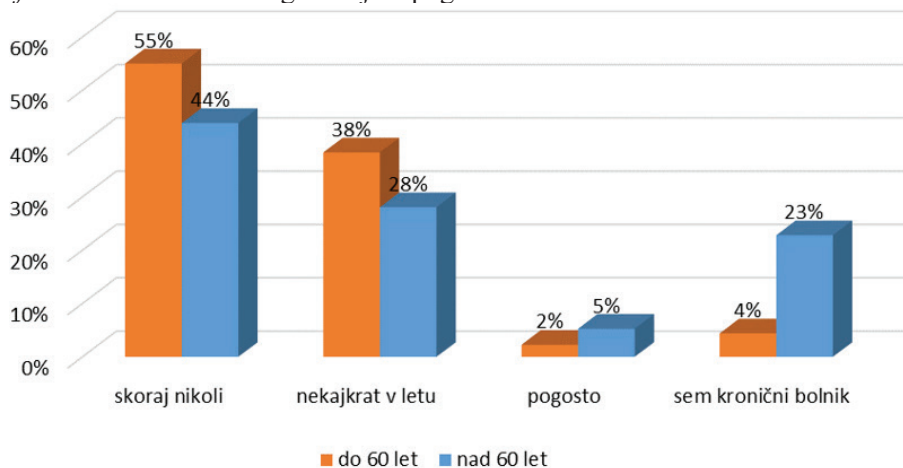
Med anketiranci starejšimi od 60 let je bilo razumljivo največ, kar 86 %, takih, ki so bili upokojeni, medtem ko so drugi bili bodisi zaposleni ali samozaposleni. V vzorec nismo zajeli nikogar, ki bi bil v tej starosti brezposeln, jih pa je nekaj označilo drugo. Temu primerna je bila tudi struktura anketiranih starejših glede na dohodek. Tako je bilo samo 1,7 % takih, ki niso imeli lastnega dohodka. Pričakovano je imelo največ anketirancev dohodek nižji od povprečnega dohodka, in sicer je bistveno nižji oz. nekoliko nižji dohodek imelo 45 % anketiranih. Tem anketirancev so sledili anketiranci z nekoliko višjim dohodkom od povprečnega (26,7 %) in anketiranci z dohodkom približno enakim povprečnemu (15,0 %) ter anketiranci z bistveno višjim dohodkom od povprečnega (6,7 %). Ostali anketiranci na to vprašanje niso želeli odgovoriti.

#### *4.3 Zdravstveno stanje starejših in njihov odnos do zdravil brez recepta*

Najprej nas je zanimalo, kako anketiranci na splošno ocenjujejo svoje zdravstveno stanje. In sicer so oceno podali na lestvici od 1 (zelo slabo) do 5 (zelo dobro). Analiza podatkov je pokazala, da 59 % anketiranih starejših od 60 let svoje zdravstveno stanje ocenjuje kot dobro oz. zelo dobro, medtem ko je nasprotnega mnenja, torej da so slabega oz. zelo slabega zdravja, samo 9 % anketirancev. Podobne rezultate so dobili tudi raziskovalci v tujini, in sicer 63 % starostnikov na Danskem ocenjuje svoje zdravstveno stanje kot dobro. Na drugi strani pa so manj optimistični Italijani, med katerimi svoje zdravstveno stanje kot dobro ocenjuje le 23 % starejših prebivalcev (Toth, 2004, str. 733).

Svoje prepričanje so potrdili tudi z odgovori na naslednje vprašanje (graf 2). Tako je kar 44 % anketiranih starejših od 60 let odgovorilo, da niso bolni skoraj nikoli. Poleg tega pa je še 28 % anketiranih bolnih samo nekajkrat v letu. Če primerjamo z ostalimi anketiranci (mlajšimi od 60 let) vidimo bistveno odstopanje v oceni zdravstvenega stanja le pri deležu kroničnih bolnikov. Teh je pričakovano več med starejšimi, in sicer je takih 23 %.

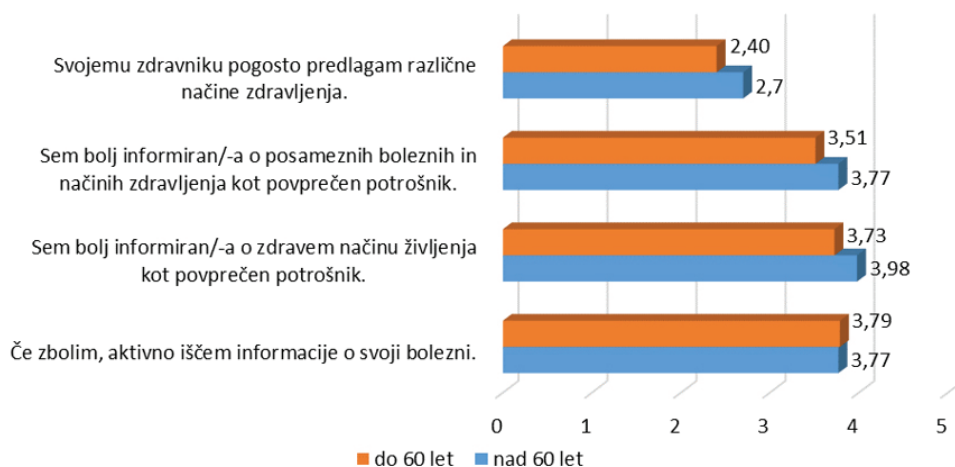
Graf 2: Ocena zdravstvenega stanja – pogostost bolezni



Vir: Anketni vprašalnik, 2014.

V nadaljevanju smo preverili, kako anketiranci ravna, če zbolijo. Kot vidimo, vsi ob bolezni aktivno iščejo informacije o svoji bolezni (povprečna stopnja strinjanja s trditvijo je 3,7), pri čemer anketiranci starejši od 60 let v povprečju nekoliko redkeje svojemu zdravniku predlagajo različne načine zdravljenja kot mlajši anketiranci (povprečna stopnja strinjanja s trditvijo je 2,4 oz. 2,7). Kljub vsemu pa se starejši anketiranci bolj strinjajo s trditvama, da so bolj informirani tako o načinih zdravljenja (povprečna stopnja strinjanja s trditvijo je 3,8 oz. 3,5) kot o zdravem načinu življenja kot mlajši (povprečna stopnja strinjanja s trditvijo je 4,0 oz. 3,7).

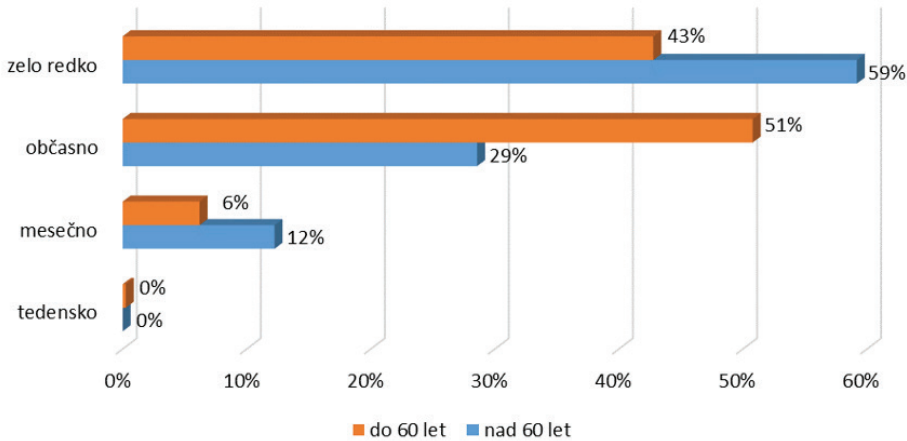
Graf 3: Zdravje in odnos anketirancev do le-tega



Vir: Anketni vprašalnik, 2014.

Kljub (po ocenah anketirancev) dobremu zdravstvenemu stanju pa je 98,81 % starejših od 60 let že kupilo zdravilo brez recepta (mlajših od 60 let je takih 94 %). Se pa za razliko od mlajših anketirancev ti redkeje odločajo za nakupe zdravil brez recepta, saj jih 59 % to naredi zelo redko.

Graf 4: Pogostost nakupov zdravil brez recepta



Vir: Anketni vprašalnik, 2014.

V nadaljevanju nas je zanimalo tudi, ali anketiranci raje kot da gredo zdravniku kupijo zdravilo brez recepta. Takih je med anketiranci starejšimi od 60 let 25 %, medtem ko je med mlajšimi takih kar 53 %. Mogoče je razlog za to tudi v ceni, zato na je zanimalo, koliko namenijo za zdravila brez recepta. 90 % anketirancev starejših od 60 let je ocenilo, da v povprečju na mesec za zdravila brez recepta zapravijo do 30 €, ostali pa do 60 €. Kljub temu da so zneski na videz majhni, pa moramo opozoriti, da gre tu za povprečne mesečne izdatke, kar pomeni, da 90 % anketirancev na letni ravni za zdravila brez recepta porabi do 360 €.

#### 4.4 Odnos starejših do oglaševanja zdravil

Ker farmacevtska podjetja veliko sredstev namenijo oglaševanju zdravil, smo v nadaljevanju preverili odnos starejših anketirancev do oglaševanja. Ob tem smo preverili tudi obstoj morebitnih razlik med njimi in mlajšimi anketiranci.

Iz tabele spodaj vidimo, da se obe skupini anketirancev najbolj strinjata s trditvama, da bi morali oglasi za zdravila dati več informacij o tveganjih in/ali stranskih učinkih (starejši:  $\bar{x} = 4,35$ , mlajši:  $\bar{x} = 4,18$ ) ter da bi oglasi morali dati več informacij o koristih njihovega jemanja (starejši:  $\bar{x} = 3,96$ , mlajši:  $\bar{x} = 3,83$ ). Obe skupini anketirancev tudi ocenjujejo, da oglasi predstavljajo zdravila boljša, kot v resnici so (starejši:  $\bar{x} = 3,80$ ; mlajši:  $\bar{x} = 3,84$ ). Kljub zaznanima pomanjkljivostima oglasov podrobnejši pogled na rezultate raziskave med starejšimi potrošniki pokaže, da s povprečno stopnjo strinjavanja 3,80 ocenjujejo, da je oglaševanje zdravil odgovorno. Prav tako se v povprečju bolj kot ostali (mlajši) anketiranci strinjajo s trditvijo, da je oglaševanje zdravil ko-

ristno. Je pa zanimivo, da kljub vsemu informacijam iz oglasov ne zaupajo (povprečna stopnja strinjanja je 2,27) oz. jim zaupajo manj kot mlajši.

*Tabela 1: Strinjanje s trditvami o oglasih za zdravila brez recepta*

<i>Trditev</i>	<i>nad 60 let</i>		<i>do 60 let</i>	
	$\bar{x}$	<i>SD</i>	$\bar{x}$	<i>SD</i>
Oglaševanje zdravil seznanja potrošnika o novih zdravilih.	3,76	,630	3,62	,830
Oglaševanje zdravil pomaga ljudem sprejemati boljše odločitve v povezavi z zdravjem.	2,98	,989	2,95	,919
Oglaševanje zdravil je odgovorno.	3,80	1,172	3,38	1,166
Menim, da so oglaševana samo zdravila, ki so varna za uporabo.	2,59	,998	2,66	1,061
Oglasi za zdravila, bi morali dati več informacij o tveganjih in/ali stranskih učinkih.	4,35	,663	4,18	,808
Oglasi zdravil bi morali dati več informacij o koristih njihovega jemanja.	3,96	,789	3,83	,839
Oglasi zdravil predstavljajo zdravila boljša kot v resnici so.	3,80	1,099	3,84	,982
Zaupam informacijam iz oglasov.	2,27	,869	2,49	,855
Oglaševanje zdravil je po mojem mnenju koristno.	3,10	,951	3,03	,925

*Vir:* Anketni vprašalnik, 2014.

Po splošnem proučevanju mnenja o oglaševanju zdravila brez recepta, nas je v nadaljevanju zanimalo, kako anketiranci obeh skupin ocenjujejo informativno vrednost vsebine oglasov. Starejši od 60 let so se v povprečju najbolj strinjali s trditvama, da tovrstni oglasi za zdravila posredujejo informacije, za katere ima potrošnik pravico izvedeti ( $\bar{x} = 3,37$ ,  $SD = 0,997$ ) ter da oglaševanje zdravil potrošnike seznanja z načini zdravljenja, za katere sicer ne bi vedeli ( $\bar{x} = 3,26$ ,  $SD = 1,084$ ). Prav tako se v povprečju starejši bolj strinjajo tudi s tem, da oglasi za zdravila izobražujejo o prednostih in slabostih zdravil ter da se s tem povečuje kakovost komunikacije med zdravnikom in pacientom.

Kljub vsemu pa iz tabele tudi vidimo, da starejši kljub vsemu menijo, da se ne moremo popolnoma zanesti na to, da so informacije v oglasih za zdravila resnična ( $\bar{x} = 2,46$   $SD = 1,005$ ) in da so to zanesljiv vir informacij ( $\bar{x} = 2,49$   $SD = 0,869$ ). To pa potrjujejo tudi podatki o virih informacij o zdravilih, ki jim potrošniki zaupajo. Tako še vedno ne glede na starost najbolj zaupajo zdravniku in farmacevtu v lekarni, najmanj pa vsebinam oglasov.

Ob vsem tem povejmo, da smo statistično značilno razliko pri stopnji značilnosti  $\alpha < 0,05$  med starejšimi od 60 let in mlajšimi od 60 let zaznali samo pri eni trditvi. Ta je »Oglasi za zdravila izobražujejo ljudi o prednostih in slabostih zdravil.« To pa pomeni, da ne moremo trditi, da obstajajo razlike v odnosu do oglaševanja zdravil brez recepta med starejšimi in mlajšimi.

*Tabela 2: Povprečna stopnja strinjanja s trditvami o informativni vrednosti oglasov za zdravila brez recepta za potrošnike*

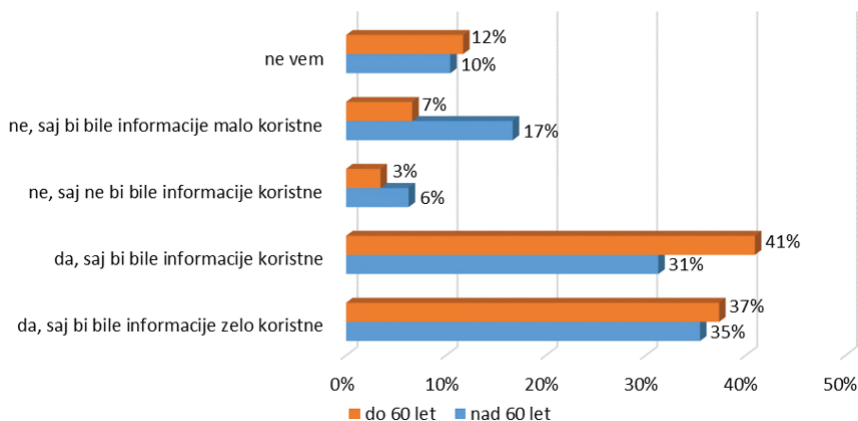
Trditev	nad 60 let		pod 60 let	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
Oglasi za zdravila brez recepta omogočajo ljudem večjo vlogo pri skrbi za lastno zdravje.	3,02	1,022	3,07	,976
Oglasi za zdravila pomagajo ljudem sprejemati (lastne) odločitve o zdravlilih/zdravljenju.	3,11	,945	3,19	,953
Oglasi za zdravila izobražujejo ljudi o prednostih in slabostih zdravil.	2,93	,809	2,59	,924
Cilj oglaševanja zdravil je informirati potrošnika.	3,02	1,145	3,06	1,110
Oglasi za zdravila so zanesljiv vir informacij.	2,49	,869	2,57	,926
Oglasi za zdravila posredujejo informacije, za katere ima potrošnik pravico izvedeti.	3,37	,997	3,09	,983
Oglasi za zdravila vsebujejo informacije, ki jih potrošniki potrebujejo.	2,96	,893	2,80	,930
Oglaševanje zdravil povečuje kakovost komunikacije med zdravniki in pacienti.	2,89	,994	2,79	,973
Oglaševanje zdravil potrošnike seznanja z načini zdravljenja, za katere sicer ne bi vedeli.	3,26	1,084	3,07	,936
Lahko se zanesemo na to, da so informacije v oglasih za zdravila resnične.	2,46	1,005	2,65	,940

*Vir:* Anketni vprašalnik, 2014.

Za konec smo anketirance vprašali tudi po mnenju o potencialnem oglaševanju zdravil na recept, kar v nekaterih državah že poznajo. Zaradi globalizacije in spleta so lahko tem oglasom priča tudi prebivalci držav, kjer je to (zaenkrat) še prepovedano.

Kot vidimo iz spodnjega grafa so mlajši anketiranci oglaševanju bolj naklonjeni kot starejši od 60 let. Še vedno pa 66 % starejših meni, da bi bilo to smiselno, saj bi bile informacije koristne oz. zelo koristne.

Graf 5: Mnenje o smotrnosti uvedbe oglaševanja zdravil na recept v Sloveniji



Vir: Anketni vprašalnik, 2014.

## 5 Sklep

Sodobna tehnologija pomaga posamezniku, da v vsakem trenutku dostopa do informacij, s katerega koli področja, s kjer koli na svetu. To velja tudi za informacije o zdravilih. A zavedati se moramo, da vsi viri niso enako kakovostni, zato je vsak posameznik odgovoren zase in mora sam presoditi, komu bo verjel. Napačne informacije so namreč lahko usodne. Zato je pomembno, da se posameznike izobražuje, na področju zdravja pa je pomembno, da se ohrani dostopnost do primarnega zdravstva. Rezultati raziskave so namreč pokazali, da posamezniki še vedno najbolj zaupajo ravno zdravnikom, medtem ko oglase za zdravila brez recepta smatrajo le kot vir informacij o novostih. A te informacije dodatno preverijo v komunikaciji z zdravniki.

## LITERATURA

1. Arens, F. W. (2006). Contemporary Advertising . Boston (Mass.): McGraw-Hill.
2. Boljši, slabši, povprečni – Statistični pregled Slovenije v mednarodni skupnosti 2015. (2015). Ljubljana: Statistični urad RS.
3. Bregar, L. idr. (2005). Metode raziskovalnega dela za ekonomiste: izbrane teme. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
4. Dimovski, V. idr. (2005). Metode raziskovalnega dela. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
5. Fink, A. idr. (2012). Zdravstvena nega starostnika. Ljubljana: Grafenauer.
6. Florjančič, J. in Ferjan, M. (2000). Management poslovnega komuniciranja. Kranj: Moderna organizacija.
7. Grobler, P. Kdo so starostniki? O pravilni in varni uporabi zdravil – Zdravila in starostniki (str. 3–8). Ljubljana: Slovensko farmacevtsko društvo, Sekcija farmacevtov javnih lekarn.
8. Hill, M. E. (2013). Marketing strategy: the thinking involved. Los Angeles: Sage, cop.



9. Hlebec, V. idr. (2010). Samo da bo denar in zdravje: življenje starih revnih ljudi; Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
10. Hvalič Touzery, S. (2014). Tradicionalne socialne mreže najstarejših ljudi v Sloveniji. *Kakovostna starost*, 17, (1), 3–15.
11. Ivanuša, M. (2012). Več zdravja za bolj polno življenje. Za aktivno in bolj zdravo starost (str. 5–8). Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego.
12. Kenda, A. in Zupančič, M. (2012). Evropsko leto aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti 2012 kot eden od odzivov na demografske spremembe. Za aktivno in bolj zdravo starost (str. 9–20). Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego.
13. Kotler, P. (2004). Management trženja. Ljubljana: GV Založba.
14. Kržan, M. in Budihna, V. M. (2007). Farmakologija staranja – zakaj se staramo? V. konferenca Inšpektorata RS za delo: Staranje delovne sile. Pridobljeno 20. 10. 2016, s [http://www.id.gov.si/si/o\\_inspektoratu/javne\\_objave/konference\\_irsd/#c16911](http://www.id.gov.si/si/o_inspektoratu/javne_objave/konference_irsd/#c16911).
15. Lah, L. M. idr. (2013). Starejši na trgu dela. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
16. Petek Šter, M. idr. (2009). Polifarmacija in neprimerno predpisovanje zdravil pri starostnikih v domovih starejših občanov. *Zdravstveni vestnik*, 78, 231-240.
17. Potočnik Benčič, D. (2010). Kaj mora starostnik vedeti o zdravilih. O pravilni in varni uporabi zdravil – Zdravila in starostniki (str. 9–14). Ljubljana: Slovensko farmacevtsko društvo, Sekcija farmacevtov javnih lekarn.
18. Pravilnik o oglaševanju zdravil (2010). Uradni list Republike Slovenije, št. 105.
19. Premuš Marušič, A. (2011). Polipragmazijain predpisovanje zdravil starostnikom. Pridobljeno 3. 11. 2015, s [http://www.mz.gov.si/.../Alenka\\_Premusic\\_Marusic\\_polipragmazija\\_starostniki\\_060911.pdf...](http://www.mz.gov.si/.../Alenka_Premusic_Marusic_polipragmazija_starostniki_060911.pdf...)
20. Ramovš, J. (2013a). Današnje zanimanje za staranje, starost in medgeneracijsko sožitje. V J. Ramovš (ur.), *Staranje v Sloveniji: raziskava o potrebah, zmožnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije*, str. 23–36.
21. Ramovš, J. (2013b). Predstavitev raziskave. V J. Ramovš (ur.), *Staranje v Sloveniji: raziskava o potrebah, zmožnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije*, str. 37-59.
22. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015 – 2025 – skupaj za družbo zdravja (ResNPZV 2015 – 2025). (2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno 2. 11. 2015, s [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.../Resolucija\\_popravljen\\_verzija\\_29\\_06\\_2015.doc](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.../Resolucija_popravljen_verzija_29_06_2015.doc).
23. Statistični urad Republike Slovenije (2016). Pridobljeno 15. 11. 2015, s <http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/Saveshow.asp>.
24. Statopis – Statistični pregled Slovenije 2014. (2014). Ljubljana: Statistični urad RS. Pridobljeno 3. 11. 2015, a <http://www.stat.si/pub.asp>.
25. Toth, M. (2004). Koriščenje zdravstvenih storitev po življenjskih obdobjih, zlasti po 65. letu starosti. *Zdravstveni vestnik*, 73, 731-735.
26. Zakon o zdravilih (2014). Uradni list Republike Slovenije, št. 17.
27. Železnik, D. (2014). Skrb zase kot paradigma življenja starostnikov. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.

Dr. Simona Hvalič Touzery, Rhoda MacRae, mag. Anna Waugh, dr. Wilson Correia de Abreu, dr. Katja Pesjak

# Akreditirani izobraževalni programi s področja demence: primer sedmih evropskih držav

UDK 616.892.3:378(4)

**KLJUČNE BESEDE:** demenca, visokošolski programi, raziskave, Evropa, Palliare

**POVZETEK** - Demografsko staranje je svetovni trend, s katerim je povezano tudi naglo naraščanje števila oseb z demenco. Izobraževanje usposobljene delovne sile s področja demence je ena od prioritete WHO in eno od strateških področij EU. Kljub temu so raziskave s tega področja maloštevilne. V nedavnem uvodniku revije *Nurse Education Today* je zapisano, da "trenutno malo vemo o količini in vsebinah s področja demence v visokošolskih zdravstvenih izobraževalnih programih". Prav tako raziskave kažejo, da mnogi strokovnjaki v zdravstvu, medicini in socialni niso deležni specializiranega izobraževanja s področja dela z demenčnimi osebami. Naša raziskava se ukvarja s problematiko visokošolskih programov ali vsebin s področja demence v sedmih evropskih državah (Češki, Finski, Portugalski, Sloveniji, Švedski, Španiji in Škotski). Uporabili smo kvantitativno raziskovalno metodo s strukturiranimi vprašanji, s katerimi smo pridobili informacije o sestavi kvalificirane delovne sile na področju demence in o vključenih vsebinah s področja demence v obstoječih akreditiranih zdravstvenih in socialnih izobraževalnih programih. Analiza obstoječih izobraževalnih programov je pokazala na velik primanjkljaj vsebin s področja demence. Ti programi pogosto ne nudijo ustreznega znanja in spretnosti s področja oskrbe demenčnih oseb. Raziskava je bila izvedena v okviru mednarodnega projekta Palliare, ki ga financira EU.

UDC 616.892.3:378(4)

**KEY WORDS:** dementia, accredited education on dementia, quantitative study, Europe, Palliare

**ABSTRACT** - Demographic ageing is a worldwide process with the associated incidence of dementia, expected to increase globally to over 80 million by 2040. Dementia workforce training is the WHO's priority. Education for care staff is recognised at both, strategic and policy level across Europe, however, the research and training on dementia is scarce. In the recent editorial of the *Nurse Education Today* journal, it is emphasised that, "little is currently known about the quantity or content of dementia education provision within existing health programmes provided by HEIs." The research provides support for the notion that many professionals lack specialised education in working with people with dementia. Our study addresses the question on dementia education provision in 7 European countries (Czech Republic, Finland, Portugal, Slovenia, Spain, Sweden, Scotland). The quantitative study method with structured questions was used to map the composition of dementia workforce and to identify existing accredited education on dementia. The focus of the research were health and social care programmes. The analysis of existing educational programmes showed large deficits in the field of education on dementia. Educational programs frequently do not offer adequate knowledge and skills required by the qualified health and social care workforce. Study was prepared within the EU funded project Palliare.

## 1 Teoretična izhodišča

V letu 2015 je na svetu živelo 47,5 milijona ljudi z demenco (Alzheimer's Disease International, 2013). Vsakoletno je prepoznanih 7,7 milijona novih primerov bolezni. To pomeni, da se vsakih nekaj sekund pojavi nov primer obolenosti za demenco (World Health Organization, 2015), kar opozarja na nujnost po ukrepanju. Demenca ne prizadene le oseb, ki so zboleli za boleznijo, marveč tudi njihove oskrbovalce in družine. Zaradi pomanjkanja razumevanje bolezni je v večini držav demenca stigma-

tizirana, kar prinaša negativne posledice za samo obravnavo osebe z demenco kot tudi za njihovo družino. Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization, 2015) kot pomembni prioriteti omenja tudi usposabljanje strokovnjakov različnih poklicnih profilov in usmerjenost v visoko kakovost oskrbe oseb z demenco v vseh fazah bolezni. V napredovani fazi bolezni, morajo biti ljudje z demenco in njihova družina deležni pomoči strokovnjakov, ki imajo znanja s področja demence. Ta znanja morajo temeljiti na z dokazi podprti praksi in nenehnem izboljševanju prakse.

V uvodniku revije *Nurse Education Today* Collier, Knifton in Surr, (2015) poudarjajo, da je malo znanega o količini ali vsebini izobraževanj s področja demence v obstoječih izobraževalnih programih visokošolskih institucij s področja zdravstva. Hkrati raziskave ugotavljajo, da mnogim strokovnjakom manjka specializiranih znanj s področja dela z osebami z demenco (Bryans idr., 2003; Dewing, 2001; Eriksson in Saveman, 2002; Furniaux in Mitchell, 2004; Manthorpe, Iliffe in Eden, 2003). To je še posebej izrazito pri medicinskih sestrah, ki delajo v institucijah namenjenih oskrbi starostnikov (Pulsford, Hope in Thompson, 2007).

Ustrezno usposobljeno zdravstveno osebje, ki osebam z demenco zagotavlja visoko kakovost oskrbe, je mednarodnega pomena. Ta cilj se lahko doseže le z visoko kakovostjo visokošolskega izobraževanja na področju zdravstvenih ved (Chang idr., 2005), socialnega dela in medicine. Raziskave o izobraževanju s področja demence v evropskih državah so redke. Velik del obstoječih raziskav pa se usmerja na Združeno kraljestvo.

Pregled dodiplomskih študijskih programov 22-ih univerz v Združenem kraljestvu je pokazal na velike razlike med njimi. Tako so vsebine s področja demence obsegale od 3 do 54 ur v programu mentalno zdravje in zdravstvena nega, od 0 do 6 ur v programu zdravstvena nega odraslih ter od 0 do 8 ur v predmetnikih delovne terapije in socialnega dela. Rezultati kažejo, da je pokritost demence znotraj vsebin duševnega zdravja v študijskem programu zdravstvena nega zelo spremenljiva (Pulsford idr., 2007) in je lahko povezana z izkušnostjo in interesom predavatelja pri predmetu (Collier idr., 2015). Ugotovili so tudi, da je več anketirancev navedlo, da demenca ni bila zajeta ločeno, kot posebna tema predavanj, ampak je bila omenjena posredno ob drugih temah (npr. etika) ali študijah primera s področja demence. Pulsford idr. (2007) na podlagi omenjenih rezultatov menijo, da je izobraževanje na prvi stopnji študija s področja demence najpogosteje odvisno od prioritete učnega načrta in visokošolske institucije. Tudi raziskava Higher Education for Dementia Network (Thompson in Hewat, 2012) podobno ugotavlja, da je pokritost demence v večini univerzitetnih študijskih programov zdravstvenega in socialnega varstva v Združenem kraljestvu neprimerna. Skupina All Parliamentary Group on Dementia (Alzheimer's Society, 2009) v svojem poročilu prav tako omenja odsotnost standardiziranega učnega načrta v Združenem kraljestvu.

Chang idr. (2005) menijo, da je potrebno razviti izobraževalne programe s področja demence, ki bi jih implementirali multidisciplinarni timi v ustreznih zdravstveno-varstvenih institucijah. Collier idr. (2015, str. 731) poudarjajo, da mora »vsebina učnih načrtov obravnavati celotno paleto ustreznih znanj, spretnosti in kompetenc, ki jih

potrebujejo strokovnjaki s področja zdravstva, socialnega dela in medicine za zagotavljanje visoke kakovosti oskrbe pacientov z demenco. Da bi to dosegli mora biti izobraževanje s področja demence ustrezno vključeno znotraj vsakega učnega programa in dodano v vsak ustrezni modul. Na primer moduli o etičnih vprašanjih, varnosti, komunikaciji in praktična, za poklic specifična znanja so vsa neposredno povezana z zagotavljanjem kakovostne oskrbe na področju demence«. Omenjajo tudi, da bo v prihodnosti velik izziv za visokošolske programe tovrstno izobraževanje ponuditi na visokem nivoju, saj bodo le tako zdravstveni in socialni delavci ter zdravniki imeli zadostno znanje, spretnosti in kompetence, da bodo osebe z demenco lahko zaupale v kakovost svoje oskrbe.

Cilj naše raziskave je bil pridobiti informacije o sestavi kvalificirane delovne sile na področju demence in o vključenih vsebinah s področja demence v obstoječih akreditiranih zdravstvenih in socialnih visokošolskih izobraževalnih programih.

## 2 Metoda

Uporabili smo pozitivistično kvantitativno raziskovalno metodo s strukturiranimi vprašanji s katerimi smo ugotavljali sestavo kvalificirane delovne sile na področju demence ter identificirali vsebine s področja demence v obstoječih akreditiranih zdravstvenih in socialnih visokošolskih izobraževalnih programih v sedmih partnerskih državah: Češka, Finska, Portugalska, Slovenija, Španija, Švedska, Škotska.

Vprašalnik je bil pripravljen v angleškem jeziku, zato so ga partnerji izpolnjevali v angleškem jeziku. Vprašalnik je vseboval dve skupini vprašanj. V prvem delu so bila zbrana vprašanja, ki so se nanašala na kvalificirano delovno silo na področju demence, v drugem delu pa so bila zbrana vprašanja o akreditiranem izobraževanju s področja demence (1, 2, 3 Bolonjska stopnja – zdravstvo in sociala). V celoti je bilo zastavljenih 14 glavnih vprašanj z dodatnimi podvprašanji. Vprašanja v drugem delu so zbirala dve vrsti informacij: a) podatke o akreditiranih modulih, programih, ki se neposredno nanašajo na demenco; b) podatek o generičnih programih, predmetih, pri katerih študenti dobijo tudi znanja o demenci. Partnerji so informacije pridobili prek internetnega iskanja. Podatki so se zbirali aprila in maja 2015.

Za potrebe Evropskega Erasmus+ projekta Palliare v okviru katerega je potekala raziskava, smo oblikovali definicijo kvalificirane delovne sile na področju demence (KDD) (ang. qualified dementia workforce - QDW). Pod KDD razumemo usposobljeno (kvalificirano) delovno silo s področja zdravstvenega in socialnega varstva, ki ljudem z demenco in njihovim svojcem ter oskrbovalcem nudi plačano oskrbo. Delavci, ki sodijo v KDD so pridobili formalno izobrazbo, ki na Evropskem kvalifikacijskem okviru znaša stopnjo 6 ali več. Imajo znanje, spretnosti in sposobnosti za uspešno opravljanje kritičnih delovnih funkcij ali nalog povezanih z oskrbo bolnikov z demenco in so v položaju, da bi lahko vodili ali vplivali na spremembe v praksi.

### 3 Rezultati

#### 3.1 Sestava kvalificirane delovne sile na področju demence

Osebam z demenco nudijo oskrbo strokovnjaki različnih poklicnih profilov. V vseh proučevanih državah so v kvalificirano delovno silo na področju demence (KDD) vključene: diplomirane medicinske sestre (na Škotskem imajo tudi specializirane medicinske sestre za področje zdravstvene nege odraslega pacienta in duševnega zdravja), osebni zdravniki, socialni delavci, fizioterapevti in delovni terapevti. Fizioterapevti na Portugalskem so sicer redkeje del KDD, saj imajo medicinske sestre specializirane za področje rehabilitacije, ki so vključene v KDD. V vseh državah, razen na Švedskem, kot KDD delajo tudi psihiatri, psihologi in nevrologi. Geriatri so prisotni povsod razen v Sloveniji. Specifični poklici v posameznih državah, ki zagotavljajo oskrbo v demenci so: Memory Link Workers in Mental Health Officers (Tabela 1). Podatkov o velikosti kvalificirane delovne sile na področju demence ni.

*Tabela 1:* Kdo predstavlja kvalificirano delovno silo na področju demence (KDD) v izbranih državah?

		diplomirane medicinske sestre	splošni zdravniki	psihiatri	psihologi	socialni delavci	psihoterapevt	delovni terapevti	nevrologi	geriatri	gerontologi	drugi
1.	Češka	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2.	Finska	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
3.	Portugalska	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4.	Slovenija	x	x	x	x	x	x	x	x			
5.	Španija	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6.	Švedska	x	x			x	x	x		x	x	x
7.	Škotska	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

■ KDD v vseh      ■ KDD v vseh razen eni      □ KDD v petih državah

#### 3.2 Obstoječi akreditirani visokošolski izobraževalni programi s področja demence

Rezultati kažejo, da nobena od sodelujočih držav nima dodiplomskega programa s področja demence. Na Portugalskem, v Sloveniji, na Švedskem in Škotskem obstaja(jo) študijski program(i), ki imajo module/predmete s področja demence. V vseh državah se v sklopu generičnih dodiplomskih programov izvajajo predmeti, ki med drugim pokrivajo tudi vsebine, ki so povezane z demenco (Tabela 2).

Magistrski programi, ki neposredno pokrivajo področje demence so na voljo v Španiji, na Škotskem in na Švedskem. Na Švedskem je na voljo specializirano izobraževanje s področja demence (Master's programme in dementia care) za vrsto zdravstvenih delavcev (Westerlund, 2013). Od leta 2012 izvajajo spletni magistrski študij iz demence, ki je namenjen splošnim zdravnikom in vključuje zdravljenje ter paliativno medicino. Zdravniki ob zaključku izobraževanja pridobijo naziv »Silvia Doctor«. Medicinske sestre se lahko specializirajo za nego pacientov z demenco, ki vključuje znanja s področja filozofije paliativne oskrbe in nadzorovanja simptomov, komunikacije in odnosov, timskega dela in pomoči družinam. Ob koncu medicinska sestra pridobi naziv »Silvia Nurse«. Pomožno osebje (ang. auxiliary staff) se lahko specializira za nego pacientov z demenco, ki vsebuje znanja s področja filozofije paliativne oskrbe. Po končanem usposabljanju dobijo naziv »Silvia Sister«. Škotska (The MSc Dementia: International Experience, Policy and Practice, Dementia Studies Postgraduate Diploma, MSc, Postgraduate Certificate) in Španija (Master in people with Alzheimer disease, Master in Dementia and Cognitive impairment) ponujata dva magistrska študijska programa s področja demence. Obe državi in Slovenija ponujajo modul(e) ali predmet(e) s področja demence. V vseh državah se v sklopu generičnih magistrskih programov izvajajo predmeti, ki med drugim pokrivajo tudi vsebine, ki so povezane z demenco (Tabela 2).

Razen Škotske, nobena proučevana država ne ponuja doktorskega študija s področja demence. Škotska izvaja sedem doktorskih programov s področja demence: PhD in Dementia, PhDs in Dementia Research, Exploring the expectations and experiences of individuals with cognitive impairment around receiving a diagnosis of dementia, Ageing with a learning disability in a generic care home for older people, Aspects of dementia care, Dementia & Social Gerontology, Tailored Activity Programmes (TAP) for people living with Dementia. Vse partnerske države razen Finske, izvajajo doktorske študijske programme, ki vsebujejo module ali predmete s področja demence. Na Švedskem, Finskem, Portugalskem in v Sloveniji je pri pisanju doktorske disertacije mogoče izbrati temo s področja demence (Tabela 2).

V nekaterih proučevanih državah poleg omenjenih akreditiranih programov obstajajo tudi nacionalni programi usposabljanja. Škotska jih izvaja šest, a niso akreditirani: Scotland's National Dementia Champions Programme, Palliative Care and End of Life in Dementia, ACE III online trainer, Post-diagnostic Support for People with Dementia, Meeting the complex physical health needs of people with dementia in mental health settings, Cognitive Stimulation Therapy. Na Finskem izvajajo tri, med njimi sta dva akreditirana: Memory Disorders Expertise/diploma, Memory nurse. Na Portugalskem izvajajo program Cognitive Stimulation Therapy.

Tabela 2: Dostopnost akreditiranih visokošolskih programov s področja demence v proučevanih državah

		Dodiplomski študijski program (1. bolonjska stopnja)			Magistrski študijski program (2. bolonjska stopnja)			Doktorski študijski program (3. bolonjska stopnja)			Nacionalni programi usposabljanja s področja demence
		Dodipl. programi -neposredno pokrivajo demenco	Dodipl. moduli / predmeti neposredno o demenci	Dodipl. generični izobraževalni programi	Mag. progr. -neposredno pokrivajo demenco	Mag. moduli / predmeti neposredno o demenci	Mag. generični izobraževalni programi	Doktorski programi- neposredno pokrivajo demenco	Doktorski moduli / predmeti neposredno o demenci	Doktorski generični izobraževalni programi	
1.	Češka	Ne	Ne	Da	Ne	Ne	Da	Ne	Ne	Da	Ne
2.	Finska	Ne	Ne	Da	Ne	Ne	Ne <sup>1</sup> info	Ne <sup>3</sup>	Ne	Ne	Da
3.	Portugalska	Ne	Da	Da	Ne	Ne	Da	Ne <sup>3</sup>	Ne	Da	Da
4.	Slovenija	Ne	Da	Da	Ne	Da	Da	Ne <sup>3</sup>	Ne	Da	Ne
5.	Španija	Ne	Ne	Da	Da	Da <sup>2</sup>	Da	Ne	Ne	Da	Ne
6.	Švedska	Ne	Da	Da	Da	Da <sup>1</sup>	Da	Ne <sup>3</sup>	Ne	Ne	Ne
7.	Škotska	Ne	Da	Da	Da	Da <sup>2</sup>	Da	Da	Da <sup>1</sup>	Ne	Da

<sup>1</sup> Imajo module o demenci znotraj obstoječih študijskih programov s področja demence

<sup>2</sup> Imajo module o demenci znotraj obstoječih generičnih študijskih programov

<sup>3</sup> Na Švedskem, Finskem, Portugalskem in v Sloveniji je pri pisanju doktorske disertacije mogoče izbrati temo s področja demence

## 4 Razprava

Raziskava je pokazala na velik primanjkljaj vsebin s področja demence v proučevanih izobraževalnih programih, kar potrjuje spoznanja drugih avtorjev (Collier idr., 2015; Pulsford idr., 2007; Thompson in Hewat, 2012). Izobraževalni programi pogosto ne nudijo ustreznih znanj in spretnosti, ki so potrebna za kakovostno zdravstveno ali socialno oskrbo oseb z demenco. To posledično pomeni, da mnogim strokovnjakom manjka

specializiranih znanj s področja demence (Bryans idr., 2003; Dewing, 2001; Eriksson in Saveman, 2002; Furniaux in Mitchell, 2004; Manthorpe, Iliffe in Eden, 2003).

Presenetljiva ugotovitev naše raziskave je tudi, da večina držav v akreditiranih diplomskih in magistrskih zdravstvenih in socialnih izobraževalnih programih ne ponuja predmetov s področja demence, niti kot obvezne niti kot izbirne. Primanjkuje tudi znanj s področja oskrbe v obdobju napredovane demence. Novejša analiza študij primera o napredovani demenci v sedmih evropskih državah (Lilo-Crespo idr., 2015) podobno govori o pomanjkanju strokovnjakov s področja napredovane demence ter o pomanjkanju konsenza o izobraževanju s področja napredovane demence.

Prav tako smo ugotovili, da ni evropske baze podatkov, ki bi beležila velikost kvalificirane delovne sile na področju demence. To ni presenetljivo, saj ne obstaja enotna evropska definicija kvalificirane delovne sile na področju demence. Ugotavljamo pa, da so v proučevanih državah v kvalificirano delovno silo na področju demence umeščeni sledeči poklicni profili: diplomirane medicinske sestre, osebni/splošni zdravniki, socialni delavci, fizioterapevti, delovni terapevti, psihiatri, psihologi, nevrologi, geriatri.

Proučevane države se razlikujejo glede sprejetja nacionalnega programa s področja demence. Škotska je ena od enajstih svetovnih držav, ki ima nacionalni program s področja demence. V državi je prisotna močna težnja, da bi se morali vsi zdravstveni in socialnovarstveni izobraževalni programi poenotiti pri spodbujanju okvirov odličnosti, ki so bili razviti na podlagi Škotske nacionalne strategije s področja demence (The Scottish Government, 2011). Finska ima nacionalni akcijski načrt s področja demence, vendar pa nimajo določenega sistematičnega kriterija za visokošolsko izobraževanje strokovnjakov s področja demence. Na Češkem, Portugalskem in v Sloveniji je nacionalni program s področja demence še v pripravi. Na Češkem trenutno nimajo nobenih načrtov za usposabljanje delovne sile s področja demence (Vuopio idr., 2015). Kljub razlikam med državami, pa morajo vse stremeti k skupnemu cilju Svetovne zdravstvene organizacije, ki je visoka kakovost oskrbe oseb z demenco ter dobra usposobljenost kvalificirane delovne sile, ki dela z njimi. Razvite in implementirane morajo biti nove izobraževalne, klinične in družbene prakse in to z namenom, da se nudi najboljša možna kakovost življenja vsem ljudem z demenco in njihovim družinskim oskrbovalcem.

### *Omejitve raziskave*

Podatke smo zbirali prek internetnega raziskovanja, kar pomeni, da nismo vključili programov, ki se izvajajo, a niso dostopni na internetu. Zbiranje podatkov je bilo tudi časovno omejeno. Kljub temu menimo, da lahko na podlagi pridobljenih podatkov sklepamo, da obstaja le malo izobraževanj s področja demence, kar potrjujejo tudi druge raziskave.

### *Zahvala*

Raziskava je potekala v sklopu Evropsko financiranega projekta Interprofessional experiential learning (IPE) solutions: equipping the qualified dementia workforce to champion evidence informed improvement to advanced dementia care and family caring - Palliare: <http://www.uws.ac.uk/schools/school-of-health-nursing-and-midwifery/research/palliare/>.



Informacije za posamezne države so prispevali: Asa Sandvide, Linnaeus University, Department of Health and Caring Sciences, Švedska; Maria Josefa Cabanero Martinez, Miriam Sanchez-SanSegundo, Universidad De Alicante, Španija; Iva Holmerova, Radka Veprkova, Univerzita Karlova v Praze, Češka; Anne Merta, Pirkko Routasalo, Turku University of Applied Sciences, Finska.

## LITERATURA

1. Alzheimer's Disease International. (2013). Alzheimer's Disease International. Policy Brief for G8 Heads of Government. The Global Impact of Dementia 2013-2050. London: Alzheimer's Disease International.
2. Alzheimer's Society. (2009). All Parliamentary Group on Dementia. Prepared to Care — Challenging the Dementia Skills Gap. London: Alzheimer's Society. Pridobljeno 11. 5. 2015, s [http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download\\_info.php?fileID=735](http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=735).
3. Bryans, M., Keady, J., Turner, S., Wilcock, J., Downs, M. in Iliffe, S. (2003). An exploratory survey into primary care nurses and dementia care. *British Journal of Nursing*, 12 (17), 1029–1037.
4. Chang, E., Hancock, K., Harrison, K., Daly, J., Johnson, A., Easterbrook, S. and Davidson, P. M. (2005). Palliative care for end-stage dementia: A discussion of the implications for education of health care professionals. *Nurse Education Today*, 25, 326–332.
5. Collier, E., Knifton, C. and Surr, C. (2015). Dementia education in Higher Education Institutions. *Nurse Education Today*, 35 (6), 731–732.
6. Dewing, J. (2001). Care for older people with a dementia in acute hospital settings. *Nursing Older People*, 13 (3), 18–20.
7. Eriksson, C. and Saveman, B. (2002). Nurses' experience of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16 (1), 79–85.
8. Furniaux, J. and Mitchell, T. (2004). Mental health training helps care home staff. *Mental Health Nursing*, 24 (1), 4–8.
9. Gruber, I., Heudorf, U., Werner, G., Pfeifer, Y., Ilmizalioglu, C., Ackermann, H. and Wichelhaus, T. A. (2013). Multi-resistant bacteria in geriatric clinics, nursing homes, and ambulant care-Preventive and risk factors. *International Journal of Medical Microbiology* (303), 405–409.
10. Lilo-Crespo, M., Sierras, J. R., Cristina, M., José Cabañero, M., Ferrer, R., Sánchez, M. and Holmerova, I. (2015). Intellectual Output 03: Experience of Advanced Dementia - Case Studies. Project Palliare.
11. Manthorpe, J., Iliffe, S. and Eden, A. (2003). Early recognition of dementia by nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (2), 183–191.
12. Ministrstvo za zdravje. (26. 10. 2010). Nacionalna komisija za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okuzb. Pridobljeno 31. 10. 2011, s [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/delovna\\_podrocja/zdravstveno\\_varstvo\\_v\\_osebni/NAKOBO\\_oktober\\_2010/PROPOROCILA\\_ESBL\\_26.10.10.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo_v_osebni/NAKOBO_oktober_2010/PROPOROCILA_ESBL_26.10.10.pdf).
13. Pulsford, D., Hope, K. and Thompson, R. (2007). Higher education provision for professionals working with people with dementia: A scoping exercise. *Nurse Education Today*, 27 (1), 5–13.
14. Stuart-Hamilton, I. (2006). *Psychology of Aging*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
15. The Scottish Government. (2011). Promoting Excellence: A framework for all health and social services staff working with people with dementia, their families and carers. Edinburgh: The Scottish Government. Pridobljeno 11. 5 2015, s <http://www.gov.scot/resource/doc/350174/0117211.pdf>.
16. Thompson, R. and Hewat, E. (2012). Higher Education for Dementia Network Curriculum for UK Dementia Education (CiDE). London: Dementia UK.
17. Vuopio, M., Routasalo, P., Merta, A., MacRae, R., Sharp, B., Waugh, A. and Tolson, D. (2015). IO02 Dementia Policy Review. The Palliare Project.

18. Westerlund, K. (2013). Sweden - National Dementia Strategies (diagnosis, treatment and research). Luxembourg: Alzheimer Europe. Pridobljeno 11. 5 2015, s <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/National-Dementia-Strategies-diagnosis-treatment-and-research/Sweden>.
19. World Health Organization. (2015). Dementia - A public health priority. Copenhagen: World Health Organization. Pridobljeno 28. 9 2015, s [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf).
20. World Health Organization. (2015). Dementia - a public health priority - Summary. Copenhagen: World Health Organization 2015. Pridobljeno 28. 9 2015, s [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/en/](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/).

# Ravnanje z odpadki v zdravstvu – primer terenske krvodajalske akcije

UDK 614.2+628.4

**KLJUČNE BESEDE:** odpadki, Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino Ljubljana, medicinske sestre

**POVZETEK** - Zdravstveni delavci, ki delajo na terenski krvodajalski akciji, so poleg dela odgovorni tudi za ločevanje odpadkov. Po končani krvodajalski akciji morajo poskrbeti za infektivne odpadke, ki jih odpeljejo nazaj na Zavod za transfuzijsko medicino. Za vse ostale odpadke pa je zadolžen Rdeči križ v sodelovanju z ustanovo, v kateri je potekala terenska krvodajalska akcija. Namen raziskave je bil ugotoviti obstoječe stanje ravnanja z odpadki na terenskih krvodajalskih akcijah in ga primerjati z veljavnimi predpisi ter pridobiti mnenje in stališča vodje terenske krvodajalske akcije. Raziskava je izvedena na treh terenskih krvodajalskih akcijah. S pomočjo strukturiranega obrazca smo beležili podatke o vrsti in količini posameznih vrst odpadkov, načinu shranjevanja, označevanja in odstranjevanja odpadkov, o številu članov terenske akcije in o pravilnem ločevanju odpadkov. Dodatno je bil izveden polstrukturiran intervju z vodjo terenske krvodajalske akcije. Analiza rezultatov je pokazala, da je bilo ravnanje z odpadki na terenskih krvodajalskih akcijah večinoma ustrezno. Vseeno so se pokazale določene pomanjkljivosti oziroma možnosti izboljšav.

UDC 614.2+628.4

**KEY WORDS:** waste, Blood Transfusion Centre of Slovenia, nurse

**ABSTRACT** - Health professionals working at blood donation camps are, in addition to their work, also responsible for separating waste. After the blood donation campaign ends, the health professionals are responsible for infectious waste, which they take back to the Institute for Transfusion Medicine. The Red Cross, in cooperation with the institution where the blood donation was held, are responsible for disposal of other waste. The purpose of the study was to determine the current state of waste management in the field of donation blood camps, and compare it with current regulations, as well as to obtain opinions and views of the head of the blood donation camp. The survey was conducted at three donation blood camps. Using a structured form, we recorded data on types and amounts of certain waste, on the methods of storage, labeling and disposal, on the number of members of the field campaign, and about the proper waste separation. Furthermore, we conducted a semi-structured interview with the head of the blood donation campaign. Analysis of the results showed that the waste management at donation blood camps is mostly adequate. However, some weaknesses and opportunities for improvement have also been found.

## 1 Teoretična izhodišča

Ravnanje z odpadki je zbiranje, prevažanje, predelava in odstranjevanje odpadkov, vključno z nadzorom teh ravnanj in ukrepi po prenehanju delovanja naprave za ravnanje z odpadki (Zakon o varstvu okolja, 2006). V Sloveniji na leto nastane približno približno 6 do 7 milijonov ton odpadkov. V letu 2009 je v Sloveniji nastalo okoli 6,8 milijona ton odpadkov. Med nastalimi odpadki je bilo največ odpadkov iz proizvodnih in storitvenih dejavnosti (85 %), sledijo komunalni (13%) in nevarni odpadki (2 %) (Bernard Vukadin in Polanec, 2011). Cilj ravnanja z odpadki je zmanjševanje njihove količine na viru nastanka, njihova ponovna uporaba in recikliranje, sežiganje določenih vrst in na zadnje odlaganje. Predelava odpadkov je čedalje bolj pomembna tudi pri nas (Rejec Brancelj in Zupan, 2007).

Klasifikacijski seznam odpadkov je seznam nevarnih in nenevarnih odpadkov. Glede na izvor odpadka so odpadki razvrščeni po skupinah. Poleg opredeljenega imena ima vsak odpadek določeno še šestmestno klasifikacijsko številko, nevarnemu odpadku pa sledi še zvezdica. Za uvrstitev v ustrezno skupino odpadka je odgovoren njegov povzročitelj. Odpadki iz zdravstva se začno s klasifikacijsko številko 18 (Žitnik, Lipovž-Ančik in Vidic, 2011).

Odpadki iz zdravstva zaradi načina nastajanja, lastnosti ter količin zahtevajo poseben režim ravnanja z njimi. V zdravstveni dejavnosti nastaja največ komunalnih odpadkov, sledijo jim nevarni odpadki ter ostali odpadki iz zdravstva. Zaradi svojih lastnosti so lahko odpadki iz zdravstva ob nepravilnem ravnanju vir okužbe na mestu njihovega nastanka, pri transportu, skladiščenju ter v zunanjem okolju zato morajo biti vsi, ki rokujejo z odpadki primerno zaščiteni in izobraženi glede pomembnosti pravilnega ravnanja z odpadki (Likar in Bauer, 2006). V Uredbi o ravnanju z odpadki, ki nastanejo pri opravljanju zdravstvene in veterinarske dejavnosti ter z njima povezanih raziskavah (2008) je naveden klasifikacijski seznam odpadkov, opis posod in vreč za njihovo hranjenje in začasno skladiščenje ter način njihovega odstranjevanja. V ta seznam sodijo ostri predmeti, odpadki, pri katerih se zaradi preprečevanja okužbe zahteva posebno ravnanje pri zbiranju in odstranitvi (infektivni odpadki), odpadki, pri katerih se zaradi preprečevanja okužb ne zahteva posebno ravnanje (npr. perilo, mavčni povoji, plenice, oblačila za enkratno uporabo), kemikalije, ki vsebujejo nevarne snovi ter druge kemikalije. Ravnanje z odpadnimi citotoksičnimi, citostatičnimi in drugimi zdravili določa Uredba o ravnanju z odpadnimi zdravili (2008).

### *1.1 Ravnanje z odpadki na Zavodu Republike Slovenije za transfuzijsko medicino*

Odpadki, ki nastajajo v zdravstveni dejavnosti zaradi svojih lastnosti in količin zahtevajo poseben način ravnanja znotraj ustanov in tudi potem, ko zapustijo ustanovo. Namen načrta gospodarjenja z odpadki iz zdravstva je zagotoviti ustrezno ravnanje z odpadki glede na zahteve področja varovanja človekovega zdravja in okolja ter upoštevanje procesov integralnega ravnanja z odpadki (Stanko, 2012). Vsaka zdravstvena ustanova pripravi načrt gospodarjenja z odpadki iz zdravstva, kjer so opisane vse vrste odpadkov iz zdravstva ter tudi drugi odpadki, ki nastajajo v stavbi ali delu stavbe z zdravstveno dejavnostjo (Likar in Bauer, 2006).

Načrt gospodarjenja z odpadki iz zdravstva na Zavodu Republike Slovenije za transfuzijsko medicino (ZTM) vsebuje naslednje podatke: opis odpadkov, ki nastajajo na ZTM in izhajajo iz zdravstvene dejavnosti; način ločevanja in embaliranja odpadkov; notranji transport odpadkov; začasno skladiščenje odpadkov in opis dejavnosti v zbiralnici odpadkov iz zdravstva; oddajanje odpadkov zbiralcem; vodenje evidenc o ravnanju z odpadki; navodila za zaposlene za delo z odpadki, vključno z navodili za varno delo; finančno vrednotenje načrta in terminski plan izvajanja načrta.

Največji delež odpadkov iz zdravstva predstavljajo odpadki s klasifikacijsko številko 18 01 03\* imenovani infektivni odpadki. Glavni vir infektivnih odpadkov na ZTM sta Oddelek za preskrbo s krvjo in Oddelek za diagnostične storitve. Pričakuje se povečanje količine infektivnih odpadkov, zaradi spremembe v načinu priprave trombocitnega

koncentrata, zaradi priključevanja transfuzijskih oddelkov splošnih bolnišnic v ustroj ZTM in tudi zaradi razširitve dejavnosti (Stanko, 2012). Medicinske sestre v transfuzijski dejavnosti morajo poznati nevarnost infektivnih odpadkov ter pri rokovanju z njimi pravilno ukrepati, da zaščitijo tako sebe kot tudi krvodajalca. Pri ravnanju z odpadki iz zdravstva je pomembno, da najprej zagotovijo varnost krvodajalca, svojo varnost ter nato varnost okolice.

### *1.2 Posebnosti ravnanja z odpadki na terenski krvodajalski akciji*

V Sloveniji zbiramo kri na rednih, dodatnih in izrednih krvodajalskih akcijah. Redne krvodajalske akcije so za celo leto načrtovane v naprej. Rdeči križ Slovenije z območnimi organizacijami Rdečega križa, po predlogu ZTM in drugih transfuzijskih oddelkov o potrebah po krvi izdelava načrt krvodajalskih akcij za obdobje enega leta. Ob naknadni povečani potrebi po krvi se potrebe pokrivajo z izrednimi krvodajalskimi akcijami in individualnim klicanjem krvodajalcev. Da bo vedno dovolj krvi je torej skupna naloga Rdečega križa Slovenije in ZTM z oddelki. Transfuzijska služba je torej koordinator med potrebami zdravstva in neposrednimi organizatorji. Za uspešno organizacijo krvodajalstva in izvedbo krvodajalskih akcij je to sodelovanje zelo pomembno (Vuksan, 2008).

Posebna organizacijska enota ZTM je terenska ekipa. Temeljna naloga terenske ekipe je zbiranje krvi od krvodajalcev, ki zajema odvzeme krvi ter njen transport na ZTM. Delo poteka v improviziranih pogojih, zato je terenska ekipa opremljena z vso potrebno opremo razen navadnih miz ter stolov, ki pa jih zagotovi organizator krvodajalske akcije. Vodja terenske ekipe določi sestavo in število članov terenske ekipe na podlagi napovedanega števila krvodajalcev na terenski krvodajalski akciji ter po dogovoru z vodjem centra za izbor dajalcev in zbiranja krvi (Pravilnik o delu terenske ekipe, 2005). Zdravstveni delavci, ki delajo na terenski krvodajalski akciji (TKA), so poleg dela odgovorni tudi za ločevanje odpadkov po sistemu, ki ga ima ustanova v kateri poteka TKA. Vsaka ustanova ima svoj način ločevanja odpadkov. Na TKA nastanejo naslednji odpadki: plastična embalaža, papir in kartonska embalaža, infektivni odpadki, včasih biološki odpadki ter ostali komunalni odpadki. Po končani TKA so zdravstveni delavci odgovorni za infektivne odpadke, ki jih odpeljejo nazaj na ZTM. Za vse ostale odpadke pa je zadolžen Rdeči križ Slovenije v sodelovanju z ustanovo, v kateri je potekala TKA. Režim ločevanja odpadkov na TKA je potrebno čim bližje približati principu ločevanja odpadkov na ZTM (Standardni operativni postopki, 2012). Namen raziskave je bil ugotoviti obstoječe stanje ravnanja z odpadki na TKA. Cilji raziskave so bili pridobiti podatke o ravnanju z odpadki na TKA, ugotovljene podatke o ravnanju z odpadki primerjati z veljavnimi predpisi in zakoni ter podati predloge izboljšav.

## **2 Metoda**

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Kot instrumenta smo uporabili strukturiran obrazec za analizo ravnanja z odpadki na TKA ter predlogo za polstrukturiran

intervju. Strukturiran obrazec za analizo ravnanja z odpadki na TKA smo pripravili sami na podlagi pregleda literature. S pomočjo obrazca smo beleži podatke o vrsti in količini posameznih vrst odpadkov, načinu shranjevanja, označevanja in odstranjevanja odpadkov, številu TKA ter podatke o pravilnem ločevanju posameznih vrst odpadkov pri članih TKA.

Opazovanje smo izvedli na treh TKA v aprilu 2013 in sicer v Velenju, Ilirski Bistrici in Trebnjem. Podatke smo obdelali z opisno statistiko s programom Microsoft Office Excel. Intervju smo opravili pred pričetkom TKA v Velenju z vodjo TKA. Odgovore smo dobesedno zapisali. Narejena je bila kvalitativna analiza intervjuja.

### 3 Rezultati

V nadaljevanju so predstavljeni podatki o vrsti odpadkov, ki so nastali na TKA (tabela 1), skupna količina nastalih in odstranjenih odpadkov po lokacijah TKA (tabela 2) ter nato še količina nastalih odpadkov po deloviščih (tabela 3). Ugotovili smo, da je največ odpadkov nastalo na TKA Velenje, kjer je bilo tudi največ krvodajalcev, najmanj pa v Ilirski Bistrici tako količina odpadkov kot tudi število krvodajalcev (Tabela 1).

Količina odpadkov na krvodajalca je primerljiva (0,14 kg), ne glede na to, koliko krvodajalcev se TKA udeleži. Največ nastane infektivnih odpadkov (nekaj čez 50 %). Sledi papir in kartonska embalaža (okoli 25 %), plastična embalaža (v povprečju 17 %. Najmanj je mešanih komunalnih odpadkov (le okoli 1,5 %). Na vseh treh TKA so infektivne odpadke odstranili člani TKA, vse ostale vrste odpadkov pa je odstranil Rdeči križ Slovenije.

*Tabela 1: Seznam odpadkov nastalih na terenskih krvodajalskih akcijah.*

<i>Vrsta odpadka</i>	<i>Klasifikacijska številka</i>	<i>Seznam nastalih odpadkov</i>
papir in kartonska embalaža	15 01 01	Kartonske škatle, papirniški in ovojni papir, časopisi, revije, prazne škatlice od epruvet, ostanek listkov za malico, papirnati ostanek povoja, papirnata škatla od hemocue kivet, zavrženi Listi krvodajalca.
plastična embalaža	15 01 02	PVC folija od vrečk za odvzem krvi, notranja ovojnina od vrečk za kri, plastificirane podloge, odlomljeni deli od epruvet, plastični lončki, aluminijasta folija, bele vrečke, ostanek etikete, ovitek od sterilnega materiala. plastična škatla od lancet in hemocue kivet.
infektivni odpadki	18 01 03*	Sistemi z iglo, tamponi, s krvjo umazan material, lancete, kivete, ploščice za določitev krvne skupine, prazna steklenička od testnih serumov, hemocue cleaner, izpraznjena embalaža Citroclorex.
mešani komunalni odpadki	20 01 03	Papirnate brisače, moker papir, robčki za enkratno uporabo, odpadki iz kuhinje in sanitarij, če ni urejeno ločevanje bioloških odpadkov tudi ostanke hrane.

*Vir:* Lastni vir, 2013.

**Tabela 2:** Količina nastalih in odstranjenih odpadkov na terenskih krvodajalskih akcijah (TKA) v Velenju, Trebnjem in Ilirski Bistrici

<i>Kraj</i>	<i>Velenje</i>	<i>Trebnje</i>	<i>Ilirska Bistrica</i>	<i>Povprečje</i>
Število krvodajalcev	305	215	131	217
Število članov TKA / število medicinskih sester	32 / 12	30 / 11	28 / 10	30 / 11
Skupna količina nastalih odpadkov (kg)	47,7	31,6	18,2	32,5
Količina nastalih odpadkov na krvodajalca (kg)	0,15	0,14	0,13	0,14
Količina odstranjenih infektivnih odpadkov* (kg)	29,2 61,2%	18,3 57,9 %	9,3 51,1 %	18,9 56,7 %
Količina odstranjene plastične embalaže** (kg)	6,9 14,5 %	5,5 17,4 %	3,7 20,3 %	5,4 17,4 %
Količina odstranjenega papirja in kartonske embalaže** (kg)	11,1 23,3 %	7,4 23,4 %	4,8 26,4 %	7,8 24,4 %
Količina odstranjenih mešanih odpadkov** (kg)	0,5 1,0 %	0,4 1,3 %	0,4 2,2 %	0,4 1,5 %

\* Odstranjevalec odpadkov Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino

\*\* Odstranjevalec odpadkov Rdeči križ Slovenije

*Vir:* Strukturiran obrazec, 2013.

**Tabela 3:** Količina vseh nastalih odpadkov po deloviščih na terenskih krvodajalskih akcijah Velenje (VE), Trebnje (TR) in Ilirska Bistrica (IB) v kilogramih.

<i>Mesto odvzema</i>	<i>Infektivni odpadki</i>			<i>Plastična embalaža</i>			<i>Papir in kartonska embalaža</i>			<i>Mešani komunalni odpadki</i>		
	<i>VE</i>	<i>TR</i>	<i>IB</i>	<i>VE</i>	<i>TR</i>	<i>IB</i>	<i>VE</i>	<i>TR</i>	<i>IB</i>	<i>VE</i>	<i>TR</i>	<i>IB</i>
Anketna soba	0,5	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambulanta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Odvzem krvi	28,0	17,5	9,2	6,6	5,2	3,6	9,8	7,3	4,7	0,5	0,3	0,2
Sprejemna pisarna	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Laboratorij	0,7	0,5	0,1	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0

*Vir:* Strukturiran obrazec, 2013.

Pri opazovanju vseh članov TKA smo opazili, da je prihajalo do napak pri ločevanju posameznih vrst odpadkov. Napačno so ločevale tako medicinske sestre kot ostali člani TKA (do tri osebe na krvodajalsko akcijo). Največkrat je prišlo do napak pri ločevanju mešanih komunalnih odpadkov in pri medicinskih sestrah pri razvrščanju plastične embalaže ter papirja in kartonske embalaže. Zaradi osebne varnosti infektivnih odpadkov nismo mogli natančno pregledati. Ker pa je prostornina zbiralnika velika, smo s prostim očesom lahko videli večino infektivnih odpadkov in napačno ločenih odpadkov nismo opazili, zato predvidevamo, da na nobeni TKA ni prišlo do napak.

Pred začetkom terenske krvodajalske akcije je bil opravljen polstrukturiran intervju z vodjo terenske akcije, kjer smo ugotovili, da ločevanje odpadkov na terenskih krvoda-

jalskih akcija poteka, vendar prihaja včasih do nenamernih napak. Vzrok za napake je najpogosteje neznanje članov terenske akcije o pravilnem ločevanju odpadkov. Vodja terenske krvodajalske akcije je mnenja, da prihaja do napak zaradi pomanjkanja števila ustreznih zbiralnikov in tudi zaradi prostorske stiske. Po pogovoru smo ugotovili, da bi bilo potrebno izboljšati sodelovanje z Rdečim križem Slovenije in njihovimi prostovoljci ter uvesti ustrezno izobraževanje med zaposlenimi o pravilnem ločevanju odpadkov.

## 4 Razprava

V prispevku smo raziskovali ravnanje z odpadki na treh terenskih krvodajalskih akcijah (Velenje, Ilirska Bistrica, Trebnje). Delo članov ekipe TKA se od dela drugih enot ZTM razlikuje v tem, da ne poteka v zdravstveni ustanovi, ampak poteka v drugih organizacijah kot so osnovne šole, kulturni domovi, športni domovi. Poleg ostalega je temu podrejeno tudi ravnanje z odpadki. Pri delu članov TKA nastajajo odpadki, ki jih razvrščamo v štiri skupine: papir in kartonska embalaža, plastična embalaža, mešani komunalni odpadki ter infektivni odpadki. Slednji zaradi preprečevanja okužbe zahtevajo posebno ravnanje pri zbiranju in odstranitvi (Uredba o ravnanju z odpadki, 2008). Infektivni odpadki se zbirajo v posebne zbiralnike in je za njihovo odstranitev odgovoren ZTM. Ostale odpadke je potrebno ločevati po sistemu, ki velja za ustanovo v kateri poteka TKA in jih nato odstranijo delavci ali prostovoljci Rdečega križa Slovenije. Analiza rezultatov je pokazala, da je ravnanje z odpadki na TKA primerno in v skladu z veljavno zakonodajo in pravilniki (Uredba o ravnanju z odpadki, 2008; Zakon o varstvu okolja, 2006).

Podrobnejša analiza rezultatov je pokazala, da nastane največ infektivnih odpadkov (praviloma jih je več kot polovica odpadkov). Največ teh odpadkov nastane na delovišču odvzem krvi, kjer nastajajo tudi odpadki drugih vrst.

Opazili smo nekaj odstopanj pri ločevanju odpadkov. Največkrat je prišlo do napak pri ločevanju mešanih komunalnih odpadkov. Pravilnost ločevanja infektivnih odpadkov smo le ocenili in samo predvidevamo, da so bili ločeni pravilno.

Na podlagi analize podatkov pridobljenih s strukturiranim obrazcem in intervjujem, smo ugotovili, da se člani TKA pri ločevanju odpadkov soočajo z nekaterimi težavami. Glavno težavo predstavlja dejstvo, da TKA poteka po različnih krajih po Sloveniji, po različnih ustanovah, kjer ima vsaka ustanova svoj režim ločevanja odpadkov, kateremu se morajo člani TKA čim bolj prilagoditi. Če primerjamo ravnanje z odpadki na TKA in ZTM smo ugotovili, da je na ZTM bolj urejeno označevanje posameznih vrst odpadkov saj so se na TKA označevali le infektivni odpadki.

Podani so bili naslednji predlogi izboljšav ravnanja z odpadki na terenski krvodajalski akciji:

- Pravilno ločeno zbiranje posameznih vrst odpadkov.
- Nakup ustreznih posod ali kartonske embalaže za odpadke s klasifikacijsko številko 15 01 01.
- Nakup ustreznih vrečk za zbiranje odpadkov s klasifikacijsko številko 15 01 02.



- Izdelava nalepk za odpadke s klasifikacijsko številko 15 01 01, 20 01 03 ter 15 01 02.
- Racionalno pakiranje sterilnega materiala, da se zmanjša količina odpadkov.
- Zbiranje vseh nastalih odpadkov na enem mestu.

Po treh mesecih od priprave predlogov so na TKA uvedli nekaj novosti oziroma realizirali predloge izboljšav. Za posamezne vrste odpadkov so uvedli ustrezne vrečke za zbiranje za vsako delovišče posebej. Člani TKA veliko bolje ločujejo posamezne vrste odpadkov. Vsi nastali odpadki se po končani TKA zbirajo na enem mestu ter se jih z izjemo mešanih komunalnih odpadkov odpelje nazaj na ZTM, kjer se jih pravilno odvrže v zato namenjene zbiralnike.

## 5 Zaključki

Odpadki nastali v zdravstveni dejavnosti in izven nje dandanes predstavljajo velik problem. S pravilnim sortiranjem vseh vrst odpadkov lahko veliko pripomoremo k reševanju tako ekološkega kot tudi ekonomskega problema, saj se količine odpadkov zaradi današnjega načina življenja povečujejo. Medicinske sestre v transfuzijski dejavnosti so dolžne in odgovorne za uspešno in ustrezno ločevanje odpadkov. Pri stiku s krvjo se morajo zavedati, da lahko privede do prenosa okužbe tako pri krvodajalcu kot tudi pri medicinski sestri, zato je pomembno, da pri svojem delu uporablja zaščitna sredstva ter upošteva higienske ukrepe. Vsi zaposleni v zdravstveni dejavnosti bi se morali redno izobraževati na področju ravnanja z odpadki saj vsako neupoštevanje osnovnih pravil varnosti pri ravnanju z odpadki predvsem infektivnimi, lahko privede do resnih tveganj za zdravje tako samih zaposlenih kot tudi ostalih. Člani terenske akcije so pri ravnanju z odpadki na terenskih krvodajalskih akcijah dokaj uspešni. Najpomembnejše je zavedanje vseh zaposlenih, da je za ohranitev okolja pomemben prispevek vsakega posameznika.

### Zahvala

Prispevek je nastal na podlagi diplomskega dela Nuše Ilc *Ravnanje z odpadki v zdravstvu* (2013). Zahvaljujemo se Zavodu Republike Slovenije za transfuzijsko medicino, ki je omogočil opravljanje raziskave ter Polonci Mali, dr. med., spec. transf. med. za opravljen intervju.

## LITERATURA

1. Bernard Vukadin, B. in Polanec, V. (2011). *Ravnanje z odpadki*. Agencija Republike Slovenije za okolje. Pridobljeno 21. 1. 2016, s [http://kazalci.arso.gov.si/?data=indicator&ind\\_id=403](http://kazalci.arso.gov.si/?data=indicator&ind_id=403).
2. Likar, K. in Bauer, M. (2006). *Izbrana poglavja iz higijene: za slušatelje Visoke šole za zdravstvo Univerze v Ljubljani*. Ljubljana: Visoka šola z zdravstvo.
3. *Pravilnik o delu terenske ekipe* (2005). V *Organizacija dela in naloge terenske ekipe: interno gradivo*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino. Neobjavljeno delo.
4. Rejec Brancelj, I. in Zupan, N. (2007). *Okolje na dlani*. Ljubljana: Ministrstvo za okolje in prostor, Agencija Republike Slovenije za okolje.
5. *Standardni operativni postopki. Oddelek za konzervacijo krvi*. (2012). Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino.

6. Stanko, S. (2012). Načrt gospodarjenja z odpadki iz zdravstva - Organizacijski postopek: interno gradivo. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino Ljubljana. Neobjavljeno delo.
7. Uredba o ravnanju z odpadki, ki nastajajo pri opravljanju zdravstvene in veterinarske dejavnosti ter z njima povezanih raziskavah. (2008). Uradni list Republika Slovenija, št. 89. Pridobljeno 27. 9. 2012, s <https://www.uradni-list.si/1/content?id=88384>.
8. Uredba o ravnanju z odpadnimi zdravili. (2008). Uradni list Republika Slovenija, št. 105 Pridobljeno 21. 1. 2016, s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=URED4793>.
9. Vuksan, M. (2008). Organiziranost transfuzijske dejavnosti in krvodajalstva. V P. Rožman in M. Potočnik (ur.), Izbrana poglavja iz transfuzijske medicine – Učno gradivo za tečaj transfuzijske medicine za zdravstvene delavce idr.elavce (str. 16–19). Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino.
10. Zakon o varstvu okolja. (2006). Uradni list RS, št. 39. Pridobljeno 27. 9. 2012, s <https://www.uradni-list.si/1/content?id=72890>.
11. Žitnik, M., Lipovž-Ančič, E. in Vidic, T. (ur.) (2011). Letno poročilo o nastajanju odpadkov v proizvodnih in storitvenih dejavnosti ODP/2010; Letno poročilo o zbiranju odpadkov ODP-Z/2010; Letno poročilo o predelavi/odstranjevanju odpadkov ODP-P/2010. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Pridobljeno 27. 9. 2012, s <https://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&>.

# Fizioterapija kod trudnice s tetraparezom i urogenitalnom disfunkcijom

UDK 615.8:618.2-056.26

**KLJUČNE RIJEČI:** trudnoća, urogenitalna disfunkcija, fizioterapijski pristup

*POVZETEK - Urogenitalna disfunkcija kod trudnica s tetraparezom prisutna je kod 20 % trudnica. U radu je prikazan fizioterapijski pristup kod trudnice s tetraparezom i urogenitalnom disfunkcijom. U procjeni korištena je PERFECT skala, Upitnik samoprocjene utjecaja inkontinencije na kvalitetu života, Dnevnik mokrenja i Numerička skala mjerenja dispneje i NYHA klasa. U intervenciji je proveden respiratorni i trening mišića zdjeličnog dna. Nakon provedene fizioterapijske intervencije došlo je do poboljšanja obrascu disanja i smanjenja dispneje te povećanja snage i funkcije mišića zdjeličnog dna i smanjenja simptoma urogenitalne disfunkcije te poboljšanja kvalitete života trudnice. Trudnice s invaliditetom zaokupljaju posebnu pozornost fizioterapeuta. Uloga fizioterapeuta je iznimno važna u procjeni funkcionalnog statusa trudnice, detekciji poteškoća i ograničenja u izvođenju aktivnosti svakodnevnog života te specifičnoj intervenciji s ciljem poboljšanja kvalitete života. Rezultati ovog rada upućuju na nužnost specifičnog fizioterapijskog pristupa kod trudnice s tetraparezom i urogenitalnom disfunkcijom.*

UDC 615.8:618.2-056.26

**KEY WORDS:** pregnancy, urogenital dysfunction, physiotherapeutic approach

*ABSTRACT - Urogenital dysfunction in pregnant women with tetraparesis is present in 20% of pregnant women. In this work a physiotherapeutic approach in women with tetraparesis and urogenital dysfunction is presented. The PERFECT Scale was used for assessment, including the self-assessment questionnaire on the Impact of incontinence on the quality of life, Urinary diary and Numerical scale measuring dyspnoea, and NYHA class assessment. In the intervention the respiratory training and pelvic floor muscles training were implemented. After the physiotherapeutic intervention there was an improvement in the form of breathing, the dyspnoea was reduced, there was an increase of the strength and function of pelvic floor muscles, and reduced symptoms of urogenital dysfunctions, all improving the quality of life of pregnant women. Pregnant women with disabilities need a special attention of their physiotherapist. The role of a physiotherapist is important in assessing the functional status of pregnant women, detection of problems and limitations in performing activities of daily living, as well as specific interventions to improve the quality of life. The results of this work indicate the need for specific physiotherapeutic approach in women with tetraparesis and urogenital dysfunction.*

## 1 Teorijski okviri

Cerebralna paraliza (CP) najčešći je uzrok trajnog neuromotornog odstupanja. Predstavlja skupinu trajnih ali promjenjivih poremećaja pokreta i/ili držanja (Mandziuk i sur., 2012). Prevalencija cerebralne paralize iznosi 1.5-4.0 na 1000 živorođene novorođenčadi (Tian, 2014). U razvijenim zemljama, pojavljuje se kod polovice prijevremeno rođene novorođenčadi te studija upućuje na tendenciju smanjenja incidencije u razvijenim zemljama (Tian, 2014).

Faktori za razvoj cerebralne paralize su: prijevremeni porođaj, niska porođajna težina, infekcije i upale, višeploidne trudnoće, vaginalno krvarenje u trudnoći, zastoj u rastu ploda, patologija posteljice, kongenitalne malformacije, hipertenzija i pušenje (Andra-

de, 2014; Freire, 2015; Xue i sur., 2013; Mac Lennan, 2015.). Motorički poremećaji rezultat su poremećaja funkcije mozga te se klinički očituju u ranom djetinjstvu. Oštećenje funkcije mozga posljedica je neprogresivnih patoloških procesa poput vaskularnih poremećaja, hipoksije, infekcije i razvojnih poremećaja mozga. Međunarodna multidisciplinarna grupa stručnjaka predlaže revidiranu Baxovu definiciju koja naglašava da su motorički poremećaji CP često udruženi s poremećajima osjeta, percepcije, kognicije, komunikacije, ponašanja, epileptičkim napadima i drugim mišićno-koštanim problemima (Katušić, 2012). Dijagnoza cerebralne paralize postavlja se na temelju kliničkog pregleda.

Prisutna je oskudnost studija o utjecaju invaliditeta na ishod trudnoća. Studija Lezzoni upućuje na najčešće komplikacije kod trudnica s invaliditetom poput padova, urogenitalne disfunkcije, narušene stabilnosti, apikalno disanje te pojačani spasticitet (Lezzoni, 2015).

Marciniak i Marciniak upućuju na incidenciju urogenitalnih simptoma kod 20 % žena sa cerebralnom paralizom te na visok utjecaj na kvalitetu života. Do mokraćne nezgode najčešće dolazi u aktivnostima povećanja intraabdominalnog tlaka kao što su kihanje, kašljanje i vježbanje (Marciniak, 2014; Marciniak, 2015).

Fizioterapijski pristup kod trudnice s cerebralnom paralizom određen je individualnim ograničenjima trudnice. Ciljevi fizioterapijskog pristupa su postizanje stabilnosti i mobilnosti, funkcionalne aktivnosti gornjih i donjih ekstremiteta unutar individualnih mogućnosti trudnice s ciljem poboljšanja balansa i kretanja.

Fizioterapeut educiran u području ginekologije i porodništva vrši procjenu, planira fizioterapijsku intervenciju, postavlja kratkoročne i dugoročne ciljeve, sve prema mogućnostima i individualnim karakteristikama trudnice sa spastičnom tetraparezom. Ujedno je važan timski pristup neurološkog i ginekološkog fizioterapeuta s ciljem sveobuhvatne fizioterapijske intervencije kod trudnice sa spastičnom tetraparezom i urogenitalnom disfunkcijom.

## 2 Metode

U radu je prikazan slučaj tridesetjednogodišnje primigravide u 26+3 gestacijskom tjednu s dijagnozom spastične tetrapareze, skolioze, descensusa uterusa, mioma uterusa i inkontinencijom urina (Tablica 1). Prikupljanjem podataka iz opće i ginekološke anamneze dobivaju se podaci o broju trudnoća i porođaja te podaci iz ginekološkog nalaza.

Fizioterapijska procjena neurološkog statusa usmjerena je na procjenu mišićnog tonusa, osjeta, procjenu položaja i pokreta trudnice, procjena respiratornog statusa usmjerena je na procjenu obrasca disanja, utjecaja posturalne prilagodbe na disanje i pojavu respiratornih simptoma i njihovog utjecaja na ASŽ, dok je procjena urogenitalnog statusa usmjerena na procjenu funkcije mišića zdjeličnog dna i utjecaja urogenitalne disfunkcije na ASŽ (Tablica 1).

Tablica 1: Prikaz slučaja

OBRAZAC PROCJENE FUNKCIONALNOG STAUSA TRUDNICE KB“SVETI DUH“ ZAVOD ZA FIZIKALNU MEDICINU I REHABILITACIJU KLINIKA ZA GINEKOLOGIJU I PORODNIŠTVO	
Opća anamneza	
Ime i prezime	A. M.
Dob	31
Zanimanje	Prof. sociologije
Ginekološka anamneza	
Gestacijska dob	26+3
Broj porodaža/Ab	0/0
Dijagnoza	Tetraparesis spastica, Scoliosis, Myoma uteri premagnum, Descensus uteri, Incontinentio urinae
Ginekološki nalaz	Vanjsko spolovilo nulipare Vagina duga, cerviks zatvoren, održan Uterus AVF, mekan, veličinom za amenoreju, subserozno-intramuralni miom 36x25mm
UZV nalaz	Uredna dinamika ploda, AFI b.o.
CTG nalaz	Reaktivan, bf 141/min., toco miran
Krvni nalazi	CKS, KKS, leukogram – b.o.; krvna grupa – B+
Nalaz urina	Urinokultura – sterilna
Brisevi	Cervikalni brisevi na aerobe i anaerobe, C.Trahomatis- neg
RR i puls	130/80, 72 otk./min.
Fizioterapijska procjena	
Funkcije	Disanje- apikalno, dispneja prilikom kretanja Mokrenje- statička urinarna inkontinencija Defekacija- uredna
Osjet	Dodir – prisutan jednak, obostran, simetričan Bol – uredan osjet Temperatura – uredan osjet Osjet vibracije - osjeća
Postura	Gornji ekstremiteti- fleksijska kontraktura lakta i šake Donji ekstremiteti- unutarnja rotacija, adukcija kuka
Mišićni tonus	↑ Prisutni spazmi u gornjim i donjim ekstremitetima Ashworth skala - 2
MZD	P E R F E C T 2 1 3 0 - - - prvi dolazak 4 3 8 5 √ √ - zadnji dolazak
Upitnik samoprocjene utjecaja inkontinencije na kvalitetu života	Dispneja umjereni utjecaj - prvi dolazak minimalni utjecaj - zadnji dolazak Statička urinarna inkontinencija jak utjecaj – prvi dolazak minimalni utjecaj – zadnji dolazak
Numerička skala mjerenja dispneje	6- prvi dolazak 1- zadnji dolazak
NYHA klasa	2- prvi dolazak 1- zadnji dolazak

### 3 Rezultati

Fizioterapijski proces kod trudnice sa spastičnom tetraparezom i urogenitalnom disfunkcijom sastoji se od detaljne fizioterapijske procjene, postavljanja ciljeva, individualno prilagođene intervencije, edukacije trudnice te evaluacije učinaka fizioterapijske intervencije.

S obzirom na nepromijenjen neurološki status prije trudnoće i u trudnoći kontinuirano se provodi fizioterapijski pristup po Bobath konceptu od strane neurološkog fizioterapeuta.

U ovom radu prikazan je specifičan fizioterapijski pristup kod trudnice sa spastičnom tetraparezom i pojavom urogenitalne disfunkcije u trudnoći s aspekta ginekološkog fizioterapeuta. Fizioterapijska procjena upućuje na blagi utjecaj dispneje na aktivnosti svakodnevnog života korištenjem NYHA klase. Uslijed intenzivnog provođenja respiratornog treninga kroz 2 tjedna, ponovljena fizioterapijska procjena upućuje na izostanak dispneje i ograničenja u aktivnostima svakodnevnog života (Tablica 1). Cilj fizioterapijske intervencije bio je poboljšati respiratornu funkciju te olakšati aktivnosti svakodnevnog života. Fizioterapijska intervencija provedena je u supiniranom, bočnom te sjedećem položaju uz provedbu respiratornog treninga. Trudnica je educirana o svakodnevnom provođenju respiratornog treninga provodeći vježbe torakalnog i abdominalnog disanja.

Prisutni spazmi donjih ekstremiteta pojačavaju kliničku sliku statičke urinarne inkontinencije. Fizioterapijska procjena usmjerena je na procjenu funkcije miškulature zdjeličnog dna koristeći PERFECT shemu. Fizioterapijska intervencija obuhvaćala je trening miškulature zdjeličnog dna umjerenim intenzitetom i sporim kontrakcijama u supiniranom i bočnom položaju. S obzirom na prisutni descensus uterusa i statičku inkontinenciju trening miškulature zdjeličnog dna usmjeren je izoliranoj aktivaciji izlaza mokraćne cijevi, izlaza rodnice te izlaza debelog crijeva. Uslijed dva tjedna intenzivnog provođenja treninga miškulature zdjeličnog dna došlo je do značajnog poboljšanja u svim komponentama procjene funkcije miškulature zdjeličnog dna te do minimalnog utjecaja na aktivnosti svakodnevnog života (Tablica 1). U okviru fizioterapijske procjene korišten je »dnevnik mokrenja« koji pruža uvid u frekvenciju mokrenja, količinu izmokrenog urina, frekvenciju mokraćne nezgode, količinu urina uslijed mokraćne nezgode, aktivnosti koje dovode do mokraćne nezgode, unos, vrstu i količinu tekućine tijekom dana. Uvidom u »dnevnik mokrenja« detektirana je statička inkontinencija te je proveden je trening mokraćnog mjehura, tehnike odgode odlaska na toalet, edukacija o zaštitnim položajima tijekom aktivnosti svakodnevnog života s ciljem redukcije porasta intraabdominalnog tlaka i djelovanja na miškulaturu zdjeličnog dna, edukacija o izbjegavanju iritansa mokraćnog mjehura, važnosti hidratacije odnosno povećanja unosa tekućine tijekom dana.

## 4 Rasprava

Prilikom fizioterapeutske procjene i intervencije potrebno je uzeti u obzir mogućnosti trudnice, prilagodbu položaja i pokreta, prisutne promjene i prilagodbe tjelesnih sustava te utjecaj na fetus. Naglasak je na individualnom pristupu u svim segmentima fizioterapijskog pristupa trudnici sa spastičnom tetraparezom i urogenitalnom disfunkcijom (Van den Broeck, 2010). Komponenta evaluacije predstavlja važan segment fizioterapijskog procesa te omogućuje razvoj daljnjih smjernica kroz istraživanja koja imaju veliku kliničku implikaciju (Jeglinsky i sur., 2010). Fizioterapijska procjena omogućuje određivanje izvora simptoma, područja i stupnja onesposobljenosti. Studija autora navodi činjenicu da cerebralna paraliza kao i brojna druga neurološka stanja kod kojih je prisutan generalizirani spasticitet mogu dovesti do urogenitalne disfunkcije i pojave inkontinencije. Rezultati evaluacije fizioterapijske intervencije upućuju na visoku učinkovitost treninga miškulature zdjelice te stavljaju naglasak na važnost procjene urogenitalne funkcije i specifičnu fizioterapijsku intervenciju kod trudnica sa spastičnom tetraparezom i urogenitalnom disfunkcijom.

Respiratorni problemi su vrlo česti kod trudnica sa spastičnom tetraparezom iako etiološki faktori još nisu posve razjašnjeni (Vianello, 2015). Trudnoća dovodi do fizioloških respiratornih prilagodbi što stavlja naglasak na nužnost procjene i intervencije trudnice sa spastičnom tetraparezom i skoliozom s ciljem prevencije respiratornih komplikacija.

Ciljevi fizioterapijske intervencije kod trudnice sa spastičnom tetraparezom i urogenitalnom disfunkcijom odnose se na smanjenje dispneje za vrijeme kretanja, poboljšanje funkcije mokraćnog mjehura te na olakšavanje izvođenja aktivnosti svakodnevnog života. Postavljanje ciljeva važan je segment fizioterapijskog pristupa te dovodi do klinički značajnih rezultata. Zbog specifičnosti stanja trudnice navedene smjernice potrebno je pratiti i u postpartalnom periodu. Cilj fizioterapijskog procesa kod trudnice sa spastičnom tetraparezom i urogenitalnom disfunkcijom nadišao je komponentu uklanjanja deficita te ima za cilj poboljšanje funkcije, naglašavajući aktivno sudjelovanje u aktivnostima svakodnevnog života.

Rezultati rada upućuju na poboljšanje kliničke slike statičke urinarne inkontinencije i dispneje uslijed provođenja specifične fizioterapijske intervencije kod trudnice sa spastičnom tetraparezom i urogenitalnom disfunkcijom.

## LITERATURA

1. Andrade, E., Araujo, E., Rolo, L. C., Da Silva in Costa, F. (2014). Risk factors for cerebral palsy in premature infants identified during the pre and perinatal periods: a case-control study. *Minerva Gynecol*, 47 (4).
2. Freire, G., Shevell, M. in Oskoui, M. (2015). Cerebral palsy: phenotypes and risk factors in term singletons born small for gestational age. *Eur J Paediatr Neurol*, 19 (2), 218–225.
3. Iezzoni, L. I., Wint, A. J., Smeltzer, S. C. in Ecker, J. L. (2015). Effects of disability on pregnancy experiences among women with impaired mobility, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 94 (2), 133–140.

4. Jeglinsky, I., Surakka, J., Carlberg, E. B. in Autti-Ramo, I. (2010). Evidence on physiotherapeutic interventions for adults with cerebral palsy is sparse. A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 24 (9), 771–788.
5. Katušić, A. (2012). Uččinak zvučnih vibracija frekvencije 40Hz na spastičnost i motoričke funkcije u djece sa cerebralnom paralizom (Doktorska disertacija). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
6. MacLennan, A. H., Thompson, S. C. in Geetz, J. (2015). Cerebral palsy: causes, pathways, and the role of genetic variants. *Am J Obstet Gynecol*, 1–10.
7. Mandziuk, K., Liu, Y., Adams, D. in Vohra, S. (2012). Acupuncture for cerebral palsy. Focus on Alternative and Complementary Therapies, 17, 85–90.
8. Marciniak, C., O'Shea, SA., Lee, J., Jesselson, M., Dudas-Sheehan, D., Beltran, E. and Gaebler-Spira, D. (2014). Urinary incontinence in adults with cerebral palsy: prevalence, type, and effects on participation, *PM R*, 6 (2), 110–120.
9. Marciniak, CM., Lee, J., Jesselson, M. in Gaebler-Spira, D. (2015). A Cross-Sectional Study of Bowel Symptoms in Adults with Cerebral Palsy: Prevalence and Impact on Quality of Life. *Arch Phys Med Rehabil*, 96 (8).
10. Tian, C. Y., Leng, L. G. in Tian, Z. M. (2014). How to deal with cerebral palsy in 21st century—a new epoch in clinic treatment. *Zhongguo Ying Yong Sheng Li Xue Za Zhi*, 30 (6), 511–515.
11. Tilton, AH. (2006). Therapeutic interventions for tone abnormalities in cerebral palsy. *Neuro Rx*, 3 (2), 217–224.
12. Van den Broeck, C., De Cat, J., Molenaers, G., Franki, I., Himpens, E., Severijns, D. in K. (2010). The effect of individually defined physiotherapy in children with cerebral palsy (CP). *European Journal of Paediatric Neurology*, 14 (6), 519–525.
13. Vianello, A., Carraro, E., Pipitone, E., Marchese-Ragona, R., Arcaro, G., Ferraro, M., Paladini, L. and Martinuzzi, A. (2015). Clinical and Pulmonary Function Markers of Respiratory Exacerbation Risk in Subjects With Quadriplegic Cerebral Palsy. *Respir Care*, 60 (9).
14. Xue, J., Chen, LZ., Xue, L. and Zhou, Q. (2013). Meta-analysis of risk factors for childhood cerebral palsy during pregnancy. *Zhongguo Danq Dai Er Ke Za Zhi*, 15 (7), 535–540.



# Suradljivost s higijenom ruku u domu za starije i nemoćne osobe

UDK 613:364-54-053.9

**KLJUČNE RIJEČI:** Suradljivost, higijena ruku, dom za starije nemoćne osobe

**POVZETEK** - Broj populacije iznad 65 godina je u porastu, te se povećava broj starijih osoba smještenih u domovima za starije i nemoćne osobe. Kod ove populacije povećan je rizik za nastanak infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi uslijed pridruženih kroničnih bolesti. Cilj istraživanja bio je utvrditi suradljivosti pri higijeni ruku u osoblja koje provodi zdravstvenu njegu u domu za starije i nemoćne osobe prije i nakon edukacije. Metode. Opservirani su postupci higijene ruku prije i poslije edukacije o mjerama pravilne higijene ruku. Za utvrđivanje razlika među proporcijama između dvaju nezavisnih uzoraka rabio se Fisherov egzaktni test. Rezultati. Prije edukacije higijena ruku je provedena u 50 (19,5 %) indikacija dok je nakon edukacije higijena ruku provedena u 300 (53,1 %) indikacija ( $p < 0,001$ ) Zaključak. Suradljivost s higijenom ruku u domu za starije i nemoćne osobe je izrazito niska, no nakon provedenih intervencija dolazi do značajnog poboljšanja.

UDK 613:364-54-053.9

**KEY WORDS:** compliance, hand hygiene, education, nursing home

**ABSTRACT** - The number of population over 65 years of age is increasing, which results in the increase of elderly persons in nursing homes. In this population an increased risk of healthcare-associated infections arises due to associated chronic diseases, and the specifics of institutional accommodation. The aim of this study was to determine the differences in hand hygiene compliance among healthcare staff before and after the education sessions. Methods. Proper hand hygiene procedures observed before and after the education. To determine differences among the proportions between the two independent samples, the Fisher's exact test was used. Results. Before the training, hand hygiene was performed in 50 (19.5%) indications, whereas after the training, hand hygiene was performed in 300 (53.1%) indications ( $p < 0.001$ ). Conclusion. Adherence to hand hygiene in the nursing home was extremely low, but after the education intervention, a significant improvement was observed.

## 1 Uvod

Prema dostupnim podacima u literaturi u Hrvatskoj postoji 226 domova za starije i nemoćne osobe. 3 su državna, 45 županijskih te 178 domova drugih osnivača. U navedenim institucijama smješteno je oko 19 900 korisnika. Napredak medicine i liječenja bolesti te smanjeni prirodni prirast doveli su do porasta udjela starijih osoba.

Jedna od glavnih populacijskih značajki osoba koje borave u domovima za starije i nemoćne je visoka životna dob. Osim toga dugotrajno borave u takvim institucijama, boluju od kroničnih bolesti koje vrlo često zahtijevaju hospitalizaciju. Domovi su najčešće prekapacitirani i svojim radom i programom ostvaruju velik broj socijalnih kontakata korisnika.

Neustrojen ili formalno ustrojen sustav kontrole infekcija jedna je od vodećih institucionalnih značajki domova za starije i nemoćne u Hrvatskoj. Osim toga evidentan je problem nedostatka znanja, nedostatka preduvjeta te broja i profila osoblja.

Kada govorimo o infekcijama povezanim sa zdravstvenom skrbi u domovima za starije i nemoćne, možemo reći da je njihova prevalencija 6-10 % (Strausbaugh, 2001), odnosno 1-3 infekcije/korisnik/god. (Gavazzi in Krause, 2002). Prema tipu infekcija najčešće je riječ o pneumonijama, urinarnim infekcijama. 26-50 % bolničkih prijema čine korisnici domova za starije i nemoćne osobe (Gavazzi in Krause, 2002). Korisnici su često kolonizirani višestruko rezistentnim uzročnicima. 7,1 % MRSA kolonizacija (Budimir idr., 2014).

Na žalost u domovima za starije i nemoćne značaj i potreba za higijenom ruku nisu na potrebnoj razini. Nije razvijena svijest da se ruke osoblja kontaminiraju prilikom neinvazivnih oblika skrbi (Pittet idr., 1999), pravovremenom higijenom prevenira se kolonizacija ruku osoblja (MRSA, CD) (Larson idr., 1992), edukacijom i unapređenjem materijalnih uvjeta reducira se rizik prijenosa (Loeb idr., 2003).

## 2 Cilj

Cilj istraživanja bio je utvrditi suradljivosti pri higijeni ruku osoblja koje provodi zdravstvenu njegu u domu za starije i nemoćne osobe prije i nakon edukacije.

## 3 Ispitanici i metode

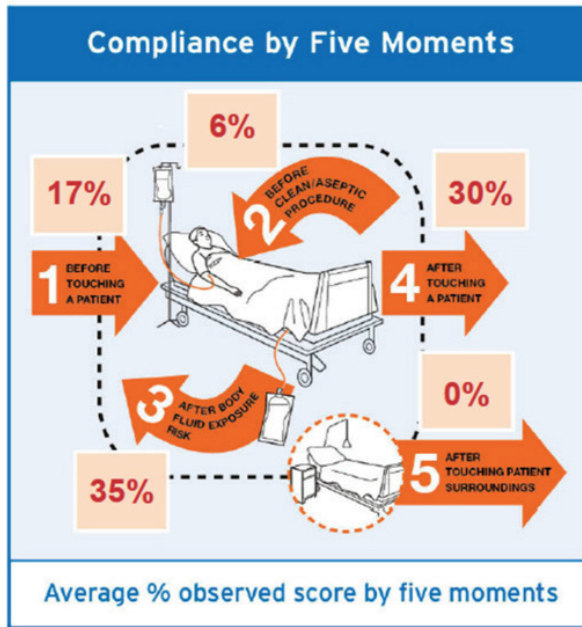
Istraživanje je provedeno u domu za starije i nemoćne u Požegi. Dom ima 188 korisnika sa stacionarom od 57 kreveta. Od ukupnog broja 100 – 150 je nepokretnih korisnika. U domu radi 11 medicinskih sestara i 15 njegovatelja.

Suradljivost za higijenom ruku opservirana je od studenog 2014. do ožujka 2015. u dva perioda. Ukupno je opservirano 820 prilika (256 +564). Opservirano je osoblje za zdravstvenu njegu metodologijom SZO. Opservaciju su provodili vanjski opservateri. Obrada podataka izvršena je sa programom: Hand Hygiene Compliance Education Program® by Ecolab. Za utvrđivanje razlika među porcijama između dvaju nezavisnih uzoraka rabio se Fisherov egzaktni test.

## 4 Rezultati

Ukupna suradljivost u prvom periodu praćenja iznosila je 19,5 %. Najveću suradljivost imao je trenutak poslije izlaganja tjelesnim tekućinama 35 %. Trenutak prije pacijenta 17 %, nakon pacijenta 30 %, prije aseptičnih procedura 6 % dok je poražavajući rezultat 0 % suradljivosti trenutka nakon dodirivanja pacijentove okoline.

Slika 1: Suradljivost za higijenu ruku po trenucima u prvom periodu praćenja



Isto tako je izvršena samoprocjena na temelju obrasca samoprocjene institucijskih preuvjeta za higijenu ruku Svjetske zdravstvene organizacije (Hand Hygiene Self-Assessment Framework) (Stewardson et. al 2013) sa slijedećim rezultatima: ukupno 14 %, infrastruktura 30 %, trening i edukacija 0 %, praćenje 0 %, promotivni materijali 40 %, institucijska klima 0 %.

Nakon prvog kruga opservacija u dogovoru sa upravom Doma napravljene su određene intervencije. Između ostalog nabavljeno je sredstvo za higijenu ruku, nabavljena je dozirna oprema, osoblje Doma dobilo je povratne informacije o rezultatima opservacija nakon čega je uslijedila edukacija, a podijeljeni su i promotivni materijali.

Nakon gore navedenih intervencija ponovno je izvršena samoprocjena. Rezultati su slijedeći: ukupno 40 %, infrastruktura 80 %, trening i edukacija 5 %, praćenje 30 %, promotivni materijali 65 %, institucijska klima 20 %.

U drugom periodu praćenja dolazi do porasta ukupne suradljivosti od 53,5 %. Suradljivost trenutka prije pacijenta povećala se sa 17 % na 60 %, prije aseptičnih postupaka sa 6 % na 41 %, nakon rizika izlaganju tjelesnim tekućinama 35 % na 51 %, nakon pacijenta sa 30 % na 56 % i nakon pacijentove okoline je suradljivost porasla sa 0 % na 51 %. Prije edukacije higijena ruku je provedena u 50 (19,5 %) indikacija dok je nakon edukacije higijena ruku provedena u 300 (53,5 %) indikacija ( $p < 0,001$ ).

Slika 2: Suradljivost za higijenu ruku po trenucima u drugom periodu praćenja te usporedba sa prvim periodom praćenja



Od ukupno svih provedenih trenutaka za higijenu ruku samo je 3 % provedeno alkoholnim utrljavanjem, dok ostalih 97 % odnosi higijensko pranje ruku tekućim sapunom i vodom.

## 5 Rasprava

Ovim istraživanjem dokazali smo da je prepoznavanje problema niske suradljivosti za higijenu ruku u domovima za starije i nemoćne vrlo važno te da se edukacijom i minimalnim institucijskim ulaganjima suradljivost može statistički značajno povećati. Suradljivost u Domu za starije i nemoćne u Požegi nakon određenih intervencija je podignuta sa 19,5 % na 53,5 %. Povećanje suradljivosti za higijenu ruku smanjit će broj infekcija u Domovima, a kako 25-50 % svih prijema u bolnicu čine korisnici Domova osobe (Gavazzi in Krause, 2002), smanjit će se broj kolonizacija i infekcija u bolnicama. Prema svjetskoj literaturi suradljivost za higijenu ruku u domovima za starije i nemoćne varira. Ona se kreće od niskih 11,3 % (Liu idr., 2014) do visokih 61,5 % (Eveillard idr., 2011). U literaturi su još dostupni podaci 14,7 % (Smith idr., 2008) te 17,5 % (Pan idr., 2008). U prvom krugu opservacija iznenadio je rezultat od 0 % suradljivosti kod trenutka nakon kontakta sa bolesnikovom okolinom. Pretpostavljamo da je taj rezultat posljedica loše edukacije te općenito neupućenosti u koncept Svjetske zdravstvene organizacije »Mojih 5 trenutaka za higijenu ruku« i postojeće smjernice

za higijenu ruku (Kalenić idr., 2011), što se kasnije i dokazalo povećanjem suradljivosti nakon edukacije na 51 %. Isto tako iznenađuje podatak da se alkoholni pripravci koriste samo u 3 % provedenih indikacija. Podloga problema je nedostatak alkoholnih preparata te manjak dozirne opreme na mjestu pružanja usluge. Jedan od glavnih nedostataka istraživanja je usmjerenost na samo jedan Dom za starije i nemoćne. Ovdje je važno naglasiti da je vrlo teško uspostaviti kvalitetne odnose i dobiti suglasnost za provođenje istraživanja od uprave tj. ravnatelja ustanove. Ideja za proširivanje istraživanja na sve regije u Hrvatskoj i dalje postoji, ali ostaje problem „straha“ od ulaska nepoznatih osoba u Domove te problem osoba koje bi istraživanje provodile. Naime, istraživanje mogu provoditi samo zdravstveni djelatnici koji su prošli edukaciju praćenja temeljne suradljivosti za higijenu ruku prema metodologiji Svjetske zdravstvene organizacije (Boban idr., 2012).

## LITERATURA

1. Boban, N., Drenjančević, D. in Payern-Pal, M. (2012). Higijena ruku, Svjetska zdravstvena organizacija/Kampanja za pranje ruku prijevod. Zagreb: Tehnički priručnik.
2. Budimir, A., Payerl Pal, M., Bošnjak, Z., Mareković, I., Vuković, D., Roksandić Križan, I., Milas, J., Plečko, V. and Kalenić, S. (2014). Prevalence and molecular characteristics of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* strains isolated in a multicenter study of nursing home residents in Croatia; p1197–1202.
3. Eveillard, M., Guilloteau, V., Kempf, M., Lefrancq, B., Pradelle, M. T., Raymond, F., Joly-Guillou, M. L. and Brunel, P. P. (2011). Impact of improving glove usage on the hand hygiene compliance. *Am J Infect Control*, 39 (7), 608–610.
4. Gavazzi, G. and Krause, K. H. (2002). Ageing and infection; *Lancet Infect Dis*, 2 (11), 659–666.
5. Kalenić, S. idr. (2011). Smjernice za higijenu ruku u zdravstvenim ustanovama. Liječnički Vjesnik.
6. Larson, E., McGinley, K., Foglia, A., Leyden, J., Boland, N., Larson, J., Altobelli, L. in Salazar-Lindo, E. (1992). Handwashing practices and resistance and density of bacterial hand flora on two pediatric units in Lima, Peru; *American Journal of Infection Control*, 20 (2), 65–72.
7. Liu, WI, Liang, SY, Wu, SF in Chuang, YH (2014). Hand hygiene compliance among the nursing staff in freestanding nursing homes in Taiwan: a preliminary study. *Int J Nurs Pract*, 20 (1), 46–52.
8. Loeb, M., Craven, S., McGeer, A., Simor, A., Bradley, S., Low, D., Armstrong-Evans, M., Moss, L. in Walter, S. (2003). Risk factors for resistance to antimicrobial agents among nursing home residents. *American Journal of Epidemiology*, 157 (1), 40–47.
9. Pan, A., Domenighini, F., Signorini, L., Assini, R., Catenazzi, P., Lorenzotti, S., Patroni, A., Carosi, G. and Guerrini, G. (2008). Adherence to hand hygiene in an Italian long-term care facility. *Am J Infect Control*, 36 (7), 495–497.
10. Pittet, D., Dharan, S., Touveneau, S., Sauvan, V. and Perneger, TV. (1999). Bacterial contamination of the hands of hospital staff during routine patient care. *Arch Intern Med*. 159 (8), 821–826.
11. Smith, A., Carusone, SC. and Loeb, M. (2008). Hand hygiene practices of health care workers in long-term care facilities. *American Journal of Infection Control*, 36 (7), 492–494.
12. Stewardson, AJ., Allegranzi, B., Perneger, TV., Attar, H. and Pittet, D. (2013). Testing the WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework for usability and reliability. *J Hosp Infect*, 83 (1), 30–35.
13. Strausbaugh, LJ., Jernigan, DB. and Liedtke, LA. (2001). National shortages of antimicrobial agents: results of 2 surveys from the Infectious Diseases Society of America Emerging Infections Network. *Clin Infect Dis*, 33 (9), 1495–1501.

## Socialno delo s starostniki v SB Novo mesto

UDK 364-78-053.9

*KLJUČNE BESEDE:* starostniki, socialno delo, celostna obravnava, institucionalno varstvo

*POVZETEK* - Temeljna naloga socialnega dela v bolnišnici je strokovno pomagati ljudem, ki so se znašli v psihosocialni stiski zaradi zdravstvenih težav. Socialna delavka s specifičnim znanjem, veščinami in strokovnimi pristopi, prispeva k celostni obravnavi starostnika v bolnišnici. V času bolnišničnega zdravljenja zagotavlja podporo pacientom in njihovim bližnjim pri prilagajanju na nove življenjske razmere, pri njihovem vključevanju v proces zdravljenja, rehabilitacije ali umiranja. Pri delu sledi cilju, da skupaj s pacientom in njegovo socialno mrežo, v sodelovanju s strokovnjaki znotraj SB Novo mesto in drugih institucij, išče najboljše možne rešitve za konkretno socialno težavo. Institucionalno varstvo je ena izmed oblik skrbi za starejše, katere namen je, da maksimalno zadovoljuje potrebe, ki si jih posameznik več ne more individualno zagotoviti v svojem bivalnem okolju. Socialna delavka starostniku in njegovim svojem posreduje informacije, pomaga pri administrativnih opravilih in pri stikih z izbranim domom.

UDK 364-78-053.9

*KEY WORDS:* elderly people, social work, comprehensive treatment, institutional care

*ABSTRACT* - The main objective of the social work in hospitals is to provide professional help to people who have found themselves in psychosocial distress due to health problems. A social worker with specific knowledge, skills and professional approach contributes towards a comprehensive treatment of elderly people in a hospital. During the hospital care, the social worker provides support for patients and their relatives to make adjustments to the new living conditions and to include them in the treatment process, rehabilitation or the process of dying. The social worker's aim is to look for the best possible solution to a specific problem together with the patient and their social network, in association with the experts from the General Hospital Novo mesto and other institutions. Institutional care is one of the forms of care of elderly people. Its purpose is to fully satisfy the patients' needs, which cannot be provided by themselves anymore in their living environment. The social worker gives information to the elderly person and their relatives, helps them communicate with their chosen nursing home, as well as with the administrative tasks.

### 1 Uvod

Natančno in na kratko opredeliti pojem socialno delo je zahtevno, če že ne nemogoče. V literaturi različni avtorji navajajo definicije, ki se razlikujejo glede na to, katero značilnost želi avtor poudariti, odsevajo različnost modelov socialnega dela, odvisne so tudi od časa nastanka. Leta 2001 sta se Mednarodna zveza šol za socialno delo (International Association of Schools of Social Work in Mednarodna zveza socialnih delavk in delavcev (International Federation of Social Workers) strinjali, da se sprejme naslednja mednarodna definicija socialnega dela:

Stroka socialnega dela spodbuja socialne spremembe, premagovanje problemov v človeških odnosih in opolnomočenje ter osvoboditev ljudi za to, da se doseže večja blaginja. S praktično uporabo teorij človeškega vedenja in socialnih sistemov socialno delo posreduje tam, kjer ljudje prihajajo v interakcijo svojim okoljem. Temeljni načeli socialnega dela sta načeli človekovih pravic in socialne pravičnosti.

Definicija zdravja, ki jo je leta 1948 sprejela Svetovna zdravstvena organizacija pa je socialno delo in socialne delavke in delavce povezala z zdravstvenimi delavkami in delavci, saj pojmuje zdravje kot popolno telesno, duševno in socialno blagostanje in ne le kot odsotnost bolezni ali okvare, torej že iz te definicije izhaja povezava med zdravstvenim in socialnim delom. Lahko rečemo tudi, med zdravstvenim in socialno varstvenim sistemom. Pri zdravljenju se ne moremo osredotočiti le na bolezen, ampak moramo upoštevati človeka v njegovi celovitosti in edinstvenosti. Socialna, materialna in odnosna situacija posameznika ima vplive na nastanek in potek bolezni, zdravljenja in rehabilitacije, prav tako pa poslabšanje zdravstvenega stanja, potreba po pomoči, prinaša nove stiske in močno vpliva na socialno situacijo. Tako dejavniki iz človekovega okolja lahko pospešujejo ali pa zavirajo nastanek bolezni, vplivajo na uspeh zdravljenja, zato so se nosilcem zdravstvene dejavnosti priključili različni strokovnjaki nemedicinskih strok, tudi socialni delavci.

## 2 Zgodovina povezovanja zdravstva in socialnega dela

Socialno delo v zdravstvu se je v Združenih državah Amerike začelo na začetku 20. stoletja na Meassachusetts General Hospital (Beder, 2006). Takrat sta dr. Richard Calbot in prva socialna delavka Ida Cannon prispevala poimenovanje in vsebino socialnega dela. Zdravnik Calbot je je zasnoval uvedbo nemedicinskega profila delavca v bolnišnici. Ugotovil je, da bi se morali socialni delavci in delavke skupaj z zdravniki ukvarjati z bolnikovimi socialnimi problemi, povezanimi z zdravstveno oskrbo.

Vida Milošević je zapisala (1989, str. 213), da se je v Sloveniji socialno delo začelo po letu 1957, po prihodu prvih diplomantov Višje šole za socialne delavce v Ljubljani, ustanovljene leta 1955. Danes so socialne delavke in delavci zaposleni na vseh treh ravneh zdravstvene dejavnosti, primarni, sekundarni in terciarni, vendar njihovo število po oceni ne presega števila 100.

Raziskava o socialnem delu v zdravstveni dejavnosti je potekala leta 2008 v okviru projekta, ki je potekal pod okriljem Ministrstva za zdravje z naslovom »Definiranje normativov in standardov socialnega dela v zdravstveni dejavnosti«. Anketni vprašalnik je bil poslan 88 socialnim delavkam in delavcem zaposlenim v zdravstvenih zavodih na vseh treh ravneh, primarni, sekundarni in terciarni. Velika večina na vseh treh ravneh zaposlenih socialnih delavk se strinja, da njihovo delo dovolj natančno opredeljuje naslednja definicija:

Temeljna naloga socialnega dela v zdravstveni dejavnosti je strokovno pomagati ljudem, ki so se znašli v psihosocialni stiski zaradi zdravstvenih težav, da ohranijo, povrnejo in razvijejo svoje potenciale za aktivno in enakopravno vključevanje v družbeno življenje. Z uporabo metod socialnega dela uporabnik, svojci in socialna delavka soustvarijo rešitve za kompleksne probleme v izvirnih delovnih projektih. Naloga socialnega dela v času bolnišničnega ali ambulantnega zdravljenja je zagotavljanje podpore uporabnikom in njihovim bližnjim pri prilagajanju na nove razmere, pri njihovi vključitvi v proces zdravljenja, rehabilitacije ali umiranja. Prav tako socialne delavke

pomagajo pri iskanju ustreznih oblik podpore in storitev, ki bi omogočale hospitaliziranemu vrnitev v domače okolje ali preselitev v zanj sprejemljivejšo stanovanjsko rešitev. Ob upoštevanju temeljnih vrednot in etičnih načel socialnega dela pomagajo ljudem uresničevati pravice do socialne varnosti in zagotavljati dostop do razpoložljivih virov in različnih življenjskih priložnosti. Njihovo delovanje je usmerjeno v omogočanje večje izbire, v krepitev moči in odločanj o lastnem življenju, pri čemer se poslužujejo kompleksne mreže storitev za uresničevanje socialnih pravic in potreb ter uporabnikovih lastnih virov. Hkrati s tem si prizadevajo za družbene spremembe, ki povečujejo socialno pravičnost in izboljšujejo položaj posameznikov, družin in skupnosti. (Eržen, 2012)

### 3 Socialno delo v SB Novo mesto

O začetkih socialnega dela v SB Novo mesto je v svojem poročilu prva socialna delavka ga. Brigita Mavsar zapisala: »V jeseni 1959, se je tudi naš zdravstveni zavod odločil, da začne s štipendiranjem študentke na Višji šoli za socialne delavce v Ljubljani. Strokovna socialna služba je začela delovati postopoma po 1. 10. 1961, ko je nastopila službo diplomirana socialna delavka.« O svojem delu pravi, da če človek nenadoma zboli, marsikdaj nima časa, da bi uredil nujne zadeve v zvezi s službo ali družino, ali če so nastali v zvezi z boleznijo slabi odnosi z družino, če bolnik iz bolnice nima kam iti, posredovanje pomoči pri pristojnih organih, spoznavanje bolnikovega okolja zlasti pri kroničnih in tuberkuloznih bolnikih. In v nadaljevanju navaja, da je bilo največ bolnikov s pljučnega oddelka, saj je tam čas zdravljenja najdaljši. Vsebina dela pri teh bolnikih je bila različna, predvsem pa pomoč pri urejanju pokojnin, priznavalnin, sanacija domačega okolja, v nekaj primerih pa tudi obisk na domu. Tudi na internem oddelku je več pacientov potrebovalo njeno pomoč, predvsem stari ljudje, za katere je bila rešitev, kot zapiše oddaja v dom. Zapiše tudi, da socialna delavka ves čas delovanja sodeluje tudi pri personalni službi zavoda, pri stanovanjskih zadevah, rekreaciji in podobno. V letu nastanka poročila pa je bilo z njeno pomočjo organizirano tudi varstvo dojenčkov zaposlenih, kar je takrat predstavljalo edinstven način varstva v Sloveniji. Leta 2014 je v intervjuju že upokojena ga. Mavsar povedala, da je z leti vedno bolj prevladovalo njeno delo v kadrovski službi, tudi zaradi sprememb v organizaciji zdravstvenih zavodov. Ob združitvi zdravstvenih domov in bolnišnice je bilo njeno delo vedno bolj namenjeno le kadrovskemu področju. Ob zaznanih večjih problemih pacientov, predvsem organizaciji življenja po odpustu iz bolnišnice so se aktivirale pristojne službe Centra za socialno delo.

Sama sem se zaposlila v SB Novo mesto 1988. Takrat se je že uveljavljena dobra praksa socialnega dela s pacienti že porazgubila. Center za socialno delo je bil aktiviran bolj izjemoma kot praviloma.

Delo socialne delavke v SB Novo mesto je ponovno namenjeno pacientom, ki so sprejeti na bolnišnično zdravljenje ali pa so v zavod prišli ambulantno od januarja 2006.



Naloge socialne delavke v času bolnišničnega ali ambulantnega zdravljenja so opredeljene kot svetovalne in organizacijske, lahko jih povzamemo in rečemo, da obsegajo pomoč pri reševanju socialnih težav pacientov, ki so povezane z boleznijo, procesom zdravljenja in rehabilitacije, zagotavljanje strokovne pomoči in socialne podpore pacientom in njihovim svojcem pri iskanju ustreznih oblik pomoči in storitev, zagotavljanje strokovne podpore pacientom in njihovim svojcem za učinkovitejše reševanje socialnih stisk in težav, sodelovanje z zdravstvenim timom, s strokovnimi službami znotraj in zunaj zavoda, člani pacientovega ožjega in širšega okolja, seznanjanje in poročanje z ugotovitvami in dogovorjenimi prihodnjimi aktivnostmi zdravstvenemu timu, skrb za varno in kakovostno obravnavo pacientov. Posebnost socialnega dela v bolnišnici je tudi to, da je uporabnik storitev socialnega dela vedno človek, ki potrebuje tudi zdravstvene storitve, kar pomeni, da je pri delu vedno potrebno upoštevati tudi trenutno zdravstveno stanje, krize in strahove, ki se na to vežejo.

Pogoji za kakovostno opravljeno delo so: dobro strokovno znanje, etična odgovornost, profesionalnost, sposobnost za učinkovito dvosmerno komuniciranje, ustrezne organizacijske spretnosti in sposobnost za vključevanje v timsko delo. Delovno orodje socialnih delavk sta obširno znanje in njihova humana, dostopna in fleksibilna osebnost. Za uresničitev osnovnega cilja – izboljšati pacientovo socialno funkcioniranje mora uporabiti delovni odnos kot osnovno sredstvo (Eržen, 2012, str. 21).

#### **4 Stari kot ranljiva skupina pacientov**

Starost je pri vseh bitjih neizbežno življenjsko obdobje. Pri večini ljudi gre tudi za povsem zaželeno in pričakovano fazo življenja. Nedvomno je želja večine ljudi, da bi se po načelih kulture in družbe, v kateri živijo, normalno postarali in tudi starost preživeli brez večjih pretresov. Pri mnogih ljudeh je staranje tako spontan in samoumeven proces, ki ga niti ne opazijo in niti ne posebej omenjajo. Vemo pa, da ni vedno pri vseh tako enostavno, spontano in samoumevno, saj se nekateri s starostnimi spremembami težje soočijo, faze staranja težje sprejemajo in tudi proces staranja kot tudi posledično obdobje starosti tako velikokrat prenašajo kot breme (Hojnik-Zupanc, 1997, str. 12). Staranje posameznika ne vpliva le na njegovo življenje, ampak tudi na življenje svojcev, skupnosti in družbe.

Poleg tega prinaša proces staranja veliko sprememb tudi na zdravstvenem področju in sicer tako na fizični kot psihični ravni prebivalstva. Potrebe po zdravstvenih in socialnih storitvah so pri osebah starejših od petinšestdeset let navadno večje in bolj pogoste. Zdravstveno stanje starejše populacije označujejo predvsem kronične bolezni in stanja, ki dajejo zdravstvenim razmeram prav poseben pečat, saj gre za bolezni in stanja, ki trajajo dolgo ali celo do konca življenja in zahtevajo veliko medicinskih preiskav ter zdravstvenih posegov (Toth, 2009, str. 48).

Zato so stari, ki imajo številne, velikokrat kronične bolezni ali zaradi svoje krhkosti, ob zmanjšanju psihofizičnih sposobnosti, poškodovani pogosti uporabniki zdravstvenih storitev. Mnogi med njimi tudi po zaključenem zdravljenju, okrevanju in

rehabilitaciji v bolnišnici še vedno potrebujejo pomoč v večjem ali manjšem obsegu. Velikokrat postanejo tudi uporabniki socialno varstvenih storitev.

## 5 Načrtovanje pomoči po zaključenem zdravljenju

Načrtovanje odpusta se začne ob sprejemu v bolnišnico na zdravljenje. Potrebno je predvideti čas zdravljenja in morebitne potrebe po pomoči tudi po odpustu, upoštevajoč samostojnost pacienta in potrebno zdravstveno in socialno oskrbo.

Socialna delavka se v timsko obravnavo vključi na pobudo članov zdravstvenega tima, kjer se pacient zdravi, največkrat je to lečeči zdravnik, ali zdravnica, medicinske sestre, občasno tudi fizioterapevtke, ki zaznajo pacientovo stisko ali socialne in druge okoliščine, zaradi katerih potrebuje pomoč in svetovanje socialne delavke. Pobudo za sodelovanje dajo tudi pacienti sami in njihovi svojci, ali drugi ljudje iz pacientove socialne mreže. O morebitni potrebi po pomoči socialno delavko v bolnišnici obveščajo tudi predstavniki drugih institucij. Predvsem patronažne medicinske sestre, socialne delavke centrov za socialno delo, socialne delavke domov za stare in izvajalci pomoči na domu. Ne glede na to, kdo poda pobudo za sodelovanje, se skuša čim prej, največkrat še isti dan pogovoriti s pacientom o stiskah in težavah, predvsem pa o njegovih željah in pričakovanjih. Do največjih stisk in težav pride, ko poslabšanje zdravstvenega stanja, ne omogoča več načina življenja, kot ga je bil človek navajen pred hospitalizacijo. Potrebne so spremembe. Mnogi morajo popolnoma spremeniti način življenja, nekateri tudi okolje. Pomembno je, da se starostniku zagotovi prostor in čas, da izrazi in soodloča, kako, kje, oziroma s kom bo živel. Kakšna pomoč bo glede na zdravstveno stanje v danem trenutku optimalna, je odvisno od več dejavnikov ožjega in širšega socialnega okolja in zdravstvenega stanja. V praksi žal moč in možnost izbir, oziroma načrtovanje življenja po odpustu iz bolnišnice, v okviru lastnih predstav, želja in dotedanjih običajih in navadah pada s povečano potrebo po pomoči pri opravljanju osnovnih življenjskih opravil.

Človek se mora v starosti soočiti z marsikdaj bolečim dejstvom, da zaradi najrazličnejših dejavnikov, ki jih prinaša starost ne zmore več živeti takšnega življenja kot prej. To je vsekakor eno hujših sočenj človeka, saj se mora tudi ob bolečih zdravstvenih težavah sprijazniti še z dejstvom, da njegova življenjska moč upada in s tem tudi njegova sposobnost živeti enako kvalitetno življenje kot prej. (Štular-Franjković, 2013, str. 17)

## 6 Socialno varstvene storitve

Zakon o socialnem varstvu (Ur. List 3/2007-UPB2) opredeljuje socialno varstvene storitve namenjene preprečevanju socialnih stisk in težav (socialna preventiva), ki obsegajo aktivnosti in pomoč za samopomoč posamezniku, družini in skupinam prebivalstva. Storitve namenjene odpravljanju stisk in težav so: prva socialna pomoč, osebna pomoč, pomoč družini, institucionalno varstvo, vodenje in varstvo ter zapo-

slitev pod posebnimi pogoji, pomoč delavcem v podjetjih, zavodih ter pri drugih delodajalcih.

Stari, ki po zaključenem zdravljenju v bolnišnici še vedno potrebujejo pomoč so najpogosteje uporabniki dveh od storitev, ki jih opredeljuje zakon. To sta pomoč družini na domu in institucionalno varstvo.

## 7 Pomoč družini na domu

Pomoč družini na domu je namenjena osebam, ki imajo zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje v svojem bivalnem okolju, vendar se zaradi starosti ali hude invalidnosti ne morejo oskrbovati ali negovati sami, njihovi svojci pa take oskrbe in nege ne zmorejo ali zanju nimajo možnosti. Gre za različne organizirane praktične oblike pomoči na domu, s katerimi upravičencem vsaj za določen čas nadomestimo institucionalno varstvo v zavodu, drugi organizirani obliki ali drugi družini.

Storitev pomoč na domu je prilagojena potreba posameznika in v svojem obsegu nudi pomoč pri različnih vsakodnevnih opravilih:

- Pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih (pomoč pri oblačenju in slačenju, hranjenju, pomoč pri umivanju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb in vzdrževanju in negi osebnih ortopedskih pripomočkov).
- Gospodinjska pomoč (prinašanje ali pripravo enega obroka hrane, nabava živil, pomivanje posode, osnovno čiščenje in vzdrževanje prostorov, odnašanje smeti in postiljanje)
- Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov (vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, sorodniki, prostovoljci, možnost spremljanja upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti, informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca in pripravo upravičenca na institucionalno varstvo).

Za organizacijo izvajanja pomoči družini na domu so pristojne občine. Izvajalci storitev v okviru javne službe so Centri za socialno delo, Domovi za stare, zasebniki s koncesijo in specializirani javni zavodi. V letu 2014 se je pomoč v okviru javne službe izvajala v 201 občini. Povprečna potrjena cena storitve ob delavnikih (cena, ki jo plača uporabnik) storitve pomoči na domu na uro je na dan 31. 12. 2014 znašala 5,07€. (Lebar, Kovač, Nagode, 2015, str. 17–66).

Če povzamemo, je namen socialne oskrbe na domu izboljšati kakovost življenja starim in bolnim ter osebam s posebnimi potrebami, ublažiti osamljenost, ter jim omogočiti, da ostanejo čim dlje v svojem bivalnem okolju. Obenem pa storitev omogoča delno razbremenitev in pomoč svojcem. Obseg storitve je omejen na dvajset ur tedensko. Izvaja se vse dni v tednu, vendar le čez dan. Če tudi s pomočjo družini na domu in angažiranjem svojcev ni možno organizirati pomoč v obsegu, kot jo potrebujejo pacienti po zaključenem zdravljenju, v domačem okolju, pogosto v praksi ostaja edina možnost institucionalno varstvo.

## 8 Institucionalno varstvo

Mreža socialno varstvenih storitev za stare ljudi obsega tri oblike institucionalnega varstva, in sicer domove za stare, dnevne centre in oskrbovana stanovanja. V okviru javne mreže izvajajo institucionalno varstvo starih ljudi domovi za stare, zasebni domovi za stare s koncesijo, pa tudi zasebni domovi z dovoljenjem za delo. Domovi za stare so oblika socialno varstvene storitve, namenjeni odpravljanju osebnih stisk in težav starejših od petinšestdeset let in drugih oseb, ki zaradi starosti, bolezni ali drugih razlogov ne morejo živeti doma.

Institucionalno varstvo v zavodu se lahko izvaja kot celodnevno varstvo ali v obliki dnevnega varstva, namenjena posameznikom, ki potrebujejo celodnevno oskrbo štiriindvajset ur na dan. Institucionalno varstvo je oblika obravnave v zavodu, drugi družini ali drugi organizirani obliki, s katerimi se upravičencem nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma ali lastne družine, zlasti bivanje, organizirano prehrano, socialno oskrbo ter zdravstveno varstvo. Domovi za starejše opravljajo tudi pomoč posamezniku in družini na domu ter naloge, ki obsegajo priprave okolja, družine ali posameznika na starost. V posebni enoti lahko organizirajo tudi institucionalno varstvo za mlajše invalidne osebe ter opravljajo gospodarsko dejavnost, namenjeno višji kvaliteti življenja in varstva starejših oseb (Zakon o socialnem varstvu, Ur. list RS 3/2007- UPB2).

Kot smo že povedali, postanejo stari ljudje uporabniki institucionalnega varstva največkrat zaradi popolne odvisnosti od okolja ali zaradi slabega zdravstvenega stanja, ki jim več ne dopušča, da bi skrbeli sami zase. Osnovni namen tovrstnih institucij je, da kar najbolje zadovoljijo potrebe, katerih posameznik ne zmore več zadovoljevati sam, ob tem pa se moramo zavedati, da pri tem ne gre zgolj za zagotavljanje zdravstvene in medicinske oskrbe, kar se zdi povsem samoumevno, ampak da postaja vse bolj pomembna tudi socialna pomoč in moralna podpora (Mali, 2006).

Po podatkih s spletne strani Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti je bilo konec leta 2014 v Sloveniji 97 domov za stare. Od tega v Območni enoti Novo mesto 5 in v območni enoti Krško 4. Povprečna kapaciteta slovenskega doma za stare omogoča približno dvesto mest, kar pomeni, da je veliko ljudi omejeno na en prostor. Vsak stanovalec tja prihaja s svojo življenjsko zgodbo, navadami, potrebami, željami in pričakovanji.

V letu 2014 je socialna delavka sodelovala pri urejanju namestitve v institucionalno varstvo neposredno po zaključenem zdravljenju, v SB Novo mesto pri 145 pacientih. Nastanjeni so bili v 19 različnih zavodov. V času priprave na institucionalno varstvo pacienti potrebujejo natančne informacije, tudi ko preverjajo svoje pojmovanje in dosedanje izkušnje z institucionalnim varstvom. Predvsem pa veliko empatije in pripravljenosti sogovornika za poslušanje njihove življenjske zgodbe.

## 9 Zaključek

Socialno delo v zdravstveni dejavnosti se je začelo razvijati v času, ko so se strokovnjaki medicinskih strok zavedli, da je človek celostno bitje in da je to potrebno upoštevati tudi v zvezi z boleznijo, ki potrebuje intervencijo medicine. Socialno delo v času bolnišničnega zdravljenja prispeva s specifičnimi znanji svoj pogled za možne rešitve konkretnih težav pacientov. Pomembno je, da pri tem upošteva edinstvenost vsakega posameznika. Pri delu s starimi pa je še posebej treba usmerjati pozornost na to, da se ohranja in povečuje njihova moč odločanja o lastnem življenju. Pri načrtovanju pomoči po zaključenem zdravljenju je potrebno slediti njihovim željam, obenem pa zagotoviti, da svoja pričakovanja lahko izrazijo in preverijo v sodelovanju s svojimi bližnjimi, ki pogosto ob povečani potrebi po pomoči ostarelega bolnega svojca preživljajo svoje stiske. Idealno bi bilo, da z vsakim pacientom, skupaj z njegovimi bližnjimi in vsemi vključenimi strokovnjaki poiščemo rešitev, ki mu najbolj ustreza. Žal pa to ni vedno možno, saj ponudba storitev, ki jih ljudje potrebujejo ne sledi vedno njihovim željam in potrebam.

Že dolgo načrtovani in napovedovani Zakon o dolgotrajni oskrbi naj bi predvidel in omogočil storitve, ki bodo »pisane na kožo« posameznikov, ter nastanek novih skupnostnih služb, ki bodo povečale možnost izbir, predvsem pa bodo bolj sledile željam uporabnikov.

## LITERATURA

1. Beder, J. (2006). *Hospital Social Work*. New York, London: Taylor & Francis Group.
2. Eržen, I. (2012). Socialno delo v zdravstveni dejavnosti. *Socialno delo*, 51 (1-3), 15–25.
3. Hojnik Zupanc, I. (1997). *Dodajmo življenje letom*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.
4. Lebar, L., Kovač, N. in Nagode, M. (2015). *Izvajanje pomoči na domu, analiza stanja v letu 2014*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.
5. Mali, J. (2006). Koncept totalne ustanove in domovi za stare. *Socialno delo*, 45 (1-2), 17–27.
6. Mavsar, B. (ni letnice). *Socialna služba - poročilo*. Arhiv SB Novo mesto. Neobjavljeno delo.
7. Milošević Arnold, V. (1989). *Socialno delo*. Ljubljana: Samozaložba.
8. Ministrstvo za delo, družino, in enake možnosti, Institucionalno varstvo. Pridobljeno 10. 10. 2015, s [http://www.mddsz.gov.si/si/delovna\\_podrocja\\_social/izvajalci\\_na\\_podrocju\\_socianega](http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja_social/izvajalci_na_podrocju_socianega).
9. Štular Franjkovič, I. (2013). *Potrebe starih ljudi v Občini Metlika in možnosti uvajanja dolgotrajne oskrbe (Magistrsko delo)*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
10. Toth, M. (2009). *Staranje prebivalstva iz vidika zdravstvenega zavarovanja. Kakovostna starost*, 12 (1), 46–53.
11. Zakon o socialnem varstvu (2007). Uradni list Republike Slovenije št. 3.

# Potrebe in vrednote starostnikov kot ogledalo postmoderne družbe

UDK 316.752-053.9

**KLJUČNE BESEDE:** vrednote, hierarhija vrednot, družba, starostniki, potrebe

**POVZETEK** - Prispevek obravnava vrednote kot temeljni mehanizem funkcioniranja družbe in kot skupek idej, kaj je v družbi zaželeno, dobro, koristno. Vrednote so temeljni del našega vsakdana. Predstavljajo tudi enega izmed osnovnih elementov vsake družbe. Za zagotavljanje funkcioniranja vrednot in ohranjanja le-teh v konceptu družbe, je treba zagotoviti sistem vrednot in njihov pomen. Proces ponotrnenja vrednot pomeni tudi kolektivno zavest. Vsaka družba nedvomno teži k najvišjemu zavedanju »dobrega«. V prispevku se bomo osredotočili na Maslowovo teorijo o hierarhiji vrednot in hkrati predstavili problem starostnikov kot pomembne vrednote postmoderne družbe. Število starostnikov v družbi narašča, povečuje pa se hkrati tudi potreba po varnosti in kvaliteti življenja. Starejše prebivalstvo predstavlja neprecenljiv vir prenosa vrednot na mlajše generacije. V primerjalni analizi vsebine se bomo osredotočili na podatke, pridobljene na Statističnem Uradu RS, ter podatke v poročilu Varuha človekovih pravic RS (2011), v katerem so bile predstavljene ugotovitve problematike starostnikov v slovenski družbi, in jih primerjali z raziskavo *Living in Old Age in Europe - Current Developments and Challenges* (Stula, 2012).

UDK 316.752-053.9

**KEY WORDS:** values, hierarchy of values, society, the elderly, needs

**ABSTRACT** - The article discusses values as a basic society functioning mechanism and as a group of ideas of what is wished, good and useful in the society. Values are a main part of everyday's life. They also present one of the fundamental elements of each society. In order to provide the functioning of values and preserving them in the concept of society, it is necessary to assure a system of values and their meaning. The process of interiorising values also represents the collective awareness. Each society undoubtedly focuses on the highest awareness of »the good«. In the article we will focus on the Maslow theory about the hierarchy of values and simultaneously present the problem of the elderly as an important value of the post-modern society. The number of elderly people is increasing and so is the need for security and life quality. The elderly population represents a priceless source of transferring values on younger generations. The comparing analysis of the content focuses on the data obtained at the Statistic Office of the Republic of Slovenia as well as the data in the Ombudsman of the Republic of Slovenia report 2011) which presents the results of problems of the elderly in the Slovene society and compares them with the *Living in Old Age in Europe - Current Developments and Challenges* research (Stula, 2012).

## 1 Uvod

Sociološki koncept vrednot se nanaša predvsem na funkcioniranje posameznikov v okviru dobrega in zaželenega za družbo. Vrednote v družbah se med sabo razlikujejo. To pomeni tudi, da se vrednotni konsenz od družbe do družbe razlikuje. V družbi potrebujemo normativni konsenz, kar pomeni soglasje o vrednotah. V postmoderini družbi prevladuje kot vrednota uspeh posameznika (individuuma) ter materialna uspešnost. Moralno – etične vrednote v materialnem kontekstu, ki pa so v postmoderini pretežno usmerjene v materializem, kotirajo na nižja mesta v hierarhiji vrednotnega sistema. Starostniki, kot zelo pomembna družbena skupina, igrajo neprecenljivo vlogo pri prenosu vrednot na mlajše generacije. Ne gre zgolj za prenos vrednot, pač pa tudi

življenjske (vedenjske) vzorce, ki so bili v preteklosti ključnega pomena v medgeneracijskih razmerjih.

## 2 Psihološki koncept in nastanek vrednot

Musek (1993) navaja, da so v razvoju posameznika obdobja in stopnje, ki se razlikujejo med sabo, pri tem pa razvojna psihologija upozarja na faze ter kontinuiteto razvoja, ki zajemajo tako čas do adolescence in čas odraslosti.

Opazovanje vrednot skozi čas nam ponuja mnoge povezave vrednot z moralno in etiko. Musek (1993) pravi, da je človeštvo gojilo prepričanje, da obstajajo pojavi, ki imajo vrednotni značaj. Tu naj omenimo predvsem pojave in dogodke, ki jih cenimo in vrednotimo. Pri tem opozarja na dva vidika vrednotenja. Prvi vidik je povezan z vrednotami, ki se navezujejo na to kar nam je všeč in imamo radi, drugi vidik pa se nanaša na to kar je prav. Pri omenjeni obliki klasifikacije vrednot moramo poudariti tudi sociološki koncept vrednot, in posledično tudi sankcioniranje v primeru, da pride do kršitev le-teh.

Sociološki pristop pomena vrednot temelji na družbi in funkcioniranju posameznikov v okviru vrednot. Haralambos in Holborn (1999) navajata, da je pomen vrednot prepričanje, nekaj kar je v družbi dobro in zaželeno. Če se osredotočimo na sociološki pomen vrednot, potem opazimo, da so opredeljene kot nekaj kar je pomembno, kar je vredno truda. Zelo pogosto srečujemo mnenja, da se vrednote nanašajo na osebni uspeh ter materialni položaj posameznika. Predvsem v zahodnih industrijskih družbah naj bi le-ti vrednoti veljali kot najpomembnejši. Vrednote se od družbe do družbe zelo razlikujejo. Ravno tako se razlikujejo norme. Ne zgolj, da se razlikujejo v pomembnosti, pač pa je hierarhija vrednot postavljena v vsaki družbi specifično.

Starostniki predstavljajo v postmodernej družbi pomemben element v prenosu vrednot predvsem medgeneracijsko. Danes zajemajo starostniki in »starajoče se prebivalstvo« procentualno velik delež naše družbe. Kar zadeva poglavje oskrbe starejšega prebivalstva, predstavlja skrb za nego in kvalitetnejše življenje starejših posameznikov velik problem postmoderne družbe. Problem – ne zgolj materialne narave, pač pa tudi problematika iz naslova vrednot. Tu se postavlja vprašanje, ali so starostniki vrednota postmoderne družbe vrednota, ki vpliva posledično tudi na razvoj in sistem vrednot mlajših generacij.

Giddens (2007) ugotavlja, da v družbi, v kateri je mladost in mladostniki vrednotena visoko, pride do problema, ki se nanaša na nevidnost starejše populacije. Se pravi, da je posledica visokega vrednotenja mladostnikov nevidnost starejšega prebivalstva v družbi. Pa vendarle se spreminjajo vzorci razmišljanja o starejši populaciji. Trdi, da se je predvsem v političnih krogih vpliv starostnikov povečal. Navedene trditve lahko opazimo tudi v slovenski družbi, saj se ravno tako preko politične stranke izražajo zahteve in hkrati opozarjajo kršitve pravic starostnikov.

### 3 Generacijski vidiki vrednot in odklonskost

Mike Brake (1983) v delu *Sociologija mladinske kulture* opredeljuje pomen subkultur in pravi, da mladinska kultura ni nejasen strukturni monolit, ki naj bi pritegnil tiste, ki so mlajši od trideset let, pač pa je kompleksna raznolikost več subkultur in starostnih skupin (Brake, 1983). Poudariti je potrebno, da izhaja problem deviantnega obnašanja pri mladih tudi iz koncepta mladinske subkulture.

Brake (1983) trdi, da subkultura poizkuša razrešiti kolektivno izkrušen problem v družbi, ki se poraja iz protislovij družbene strukture, pri tem pa subkultura poraja obliko kolektivne identitete, iz katere je mogoče doseči individualno identiteto, ta pa je določena z izobrazbo, poklicem, razredom.

Uletova (2004) ugotavlja, da počasi izginjajo veljavne norme skupinskega vedenja, norme o kolektivnih dolžnostih, vse to nadomešča etika individualnega vsakdana. Ta premik osnovnih vrednot, pomeni tudi spremembo vrednot v njihovem značaju.

Mladi morajo biti socializirani v nize vrednot, ki dominirajo v družbi, ta niz pa zajema tako mesto mladih med delovno silo, spodbujanje za ustvarjanje družine in zakonskega življenja, hkrati pa morajo biti socializirani tako, da svet in svoj položaj v družbi gledajo skozi perspektivo konvencionalnih političnih in moralnih pogledov. Mlade je potrebno navezati na družbo v prvi vrsti z vrednotami, potem z odgovornostjo do ostalih elementov od vzdrževanja družinskih članov, do finančne odgovornosti (Brake, 1983).

Young (v Brake, 1983, str. 32) ugotavlja, da je »deviantno vedenje smislen poskus rešitve problemov, s katerimi se sooča skupina ali posameznik - in nesmiselna patologija.« Zelo podobno lahko trdimo tudi za kolektivna deviantna obnašanja.

Mladi so podvrženi močnim vplivom poklicnih, izobraževalnih in tudi gospodarskih sprememb v določenih zgodovinskih obdobjih. Te spremembne ne izkusi mladina samo razredno, pač pa tudi generacijsko. Ravno zaradi omenjenih sprememb je imela večina mladinskih kultur delavskega razreda izrazito deviantno naravo, ta mladina je bila tudi najbolj občutljiva na gospodarske spremembe (Brake, 1983).

Cohen (v Brake, 1983) dokazuje, da je rešitev, ki jo ponuja subkultura, nujno »imaginarna«. To je neke vrste ideološki poskus, da »magično« razreši resnične odnose, ki se jih drugače ne da rešiti. V določenem življenjskem obdobju mlade osebe je tako mogoče opaziti močan subkulturni vpliv. Matza (Matza, 1962 v Brake, 1983) je omenil, da je mladost čas upornišva, v katerem mlade privlačijo tri oblike upornišva, in sicer: prestopništvo, radikalizem in boemstvo. Matza pravi, da ti trije načini upiranja poudarjajo tudi podtalne vrednote (Brake, 1983). Funkcionalistična analiza deviantnosti izhaja iz družbe kot celote. Izvor deviantnosti išče v naravi in ne v biološki oziroma psihološki nravi posameznika (Haralambos in Holborn, 1999).

Steinberg in Morris (2001) v Šakičevem prispevku ugotavljata, da se deviantno obnašanje kaže v bolj blagih oblikah tega vedenja, oziroma temelji bolj na eksperimentiranju z različnimi oblikami deviantnega obnašanja. Z drugimi besedami, čeprav velika večina mladostnikov sodeluje pri različnih oblikah deviantnega vedenja, se le majhen



odstotek takšnega vedenja preoblikuje v težja kriminalna stanja. Velika večina gre skozi to fazo, ki jo imenujemo deviantna oblika vedenja, skozi proces razvoja osebnosti, pa takšne odklonske oblike vedenja izginejo (Šakić 2002).

Haralambos in Holborn (1999) ugotavljata, da na prvi pogled izgleda čudno, da nekateri funkcionalisti trdijo, da je deviantnost nujen del vseh družb, da ima pozitivne funkcije za družbene sisteme. Deviantnost krši družbene norme in vrednote, to je neizogibno dejstvo. Deviantnost je glede na poudarjanje pomembnosti skupnih norm in vrednot grožnja redu, zaradi tega jo moramo razumeti kot grožnjo družbi. Vsi funkcionalisti zagovarjajo tezo, da so potrebni mehanizmi družbenega nadzora. Policija, sodišča brzdajo deviantnost tako, da zaščitijo družbeni red. Določena količina deviantnosti je celo pozitivna, saj mnogi dokazujejo to, da prispeva k ohranjanju in dobrobiti družbe.

#### **4 Primerjalna analiza vsebine življenja starostnikov in vrednote bivanja**

Stula (2012) v poročilu *Living in Old Age in Europe - Current Developments and Challenges* navaja, da je trenutna situacija v državah znotraj Evrope srečevanje z velikimi izzivi prav zaradi spreminjajoče se demografske strukture. Življenjska doba Evropejcev se po podatkih iz leta 2008 povečuje, in sicer znaša 82,4 let za ženske ter 76,4 let za moške. Trenutni delež vseh Evropejcev, ki so stari 65 let in več znaša 17,4 %. V letu 2020 se pričakuje porast omenjenega deleža, in sicer na 28 % (COM 2011, v Stula, 2012).

Če v državah članicah EU primerjamo število starejših in zelo starih, ki narašča s številom mladih, ki upada, lahko ugotovimo, da sta si v nasprotju. Mladi namreč za tako veliko število starostnikov ne bodo mogli zagotoviti ustrezne oskrbe in pomoči (Stula, 2012).

Glede na rezultate iz omenjene raziskave lahko sklepamo, da je vredota starostnikov, ki kotira najvišje, možnost bivanja v domačem okolju kljub potrebi po oskrbi in pomoči. Raziskava poudarja, da se starostniki zavedajo svojih potreb zaradi zdravstvenih omejitev. Glede na to bo ključnega pomena prilagoditev bivalnega okolja, ki bo primerno starostnikom in jim bo omogočilo kvalitetno in neodvisno življenje. Stula (2012) navaja, da bo zagotavljanje primernih bivalnih prostorov za starostnike velik izziv tako za gospodarstvo, kot tudi za politiko.

V vseh 27 državah članicah EU večina starostnikov, starih 65 in več let, živi sama kar predstavlja 31,1 %. Tistih, ki živijo v parih pa je 48,3 %. V letu 2009 je 9 od 10 oseb živelo neodvisno v lastnem domu (podatki so za države: Nemčija, Francija, Finska in Združeno Kraljestvo).

Kar zadeva lastništva nepremičnin, je stopnja lastništva zelo visoka v državah članicah v južni in vzhodni Evropi. Te države so: Litva, Madžarska, Estonija, Slovenija, Španija, Grčija in Italija. Stula navaja, da se je privatizacija lastništva rapidno pojavila po koncu socializma v državah vzhodne Evrope. Stula (2012) navaja, da večina novih

lastnikov z nižjimi dohodki ni bila sposobna svojo nepremičnino vzdrževati (Mau idr., 2009 v Stula, 2012).

Nove oblike bivalnih okoliščin v Evropi postajajo vedno bolj pomembne. Postajajo vrednota, ki se razlikujejo odvisno od velikosti bivalnih prostorov, organizacijskih oblik, medsebojne odgovornosti, homogene starosti in generacijske sestave. Glavni problem prebivalstva, ki se stara in s katerim se soočajo, se nanaša na odločitev o tem, ali naj v starosti ostanejo v svojem stanovanju, ali se naj odločijo za alternativno obliko bivanja. Le-te so: prilagoditev ali zmanjšanje bivalnega prostora glede na njihovo starost, varovana stanovanja, selitev v tujino ali k družinskim članom (Stula, 2012).

Če primerjamo podatke pridobljene na Statističnem Uradu RS iz leta 2013, lahko vidimo, da je v Sloveniji ob koncu leta 2012 živel 17,1 % prebivalcev, ki so stari več kot 64 let. Podatke smo primerjali približno v enakem časovnem obdobju z raziskavo, ki smo jo pridobili za evropske razmere. Vsaka tretja oseba je v Sloveniji živela sama in je bila izpostavljena revščini. Projekcija, ki se napoveduje za leto 2060 je naslednja: kar tretjina prebivalcev bo starih več kot 65 let, kar tudi sovpada z evropskim povprečjem. Posebej ranljiva je skupina starostnikov, ki živi sama. Leta 2011 je bilo kar 27,7 % takšnih starostnikov, ki živijo sami. Ti starostniki so za pomoč prosili svoje otroke ali druge osebe.

Kar zadeva vrednote za boljše in kvalitetnejše življenje starejše populacije, lahko sklepamo, da je poudarek na vseživljenjskem učenju. Vrednota starostnikov sigurno zajema njihovo kakovost udeleževanja v družbi. S kakovostnejšim življenjem, ki ga lahko pridobijo z dodatnim izobraževanjem, svojo pozicijo v družbi nedvomno ohranjajo in s tem vzdržujejo tudi status aktivne osebe. Predvsem je pomemben segment udeleževanja starostnikov v kulturnem življenju. Po podatkih ankete izvedene leta 2011, je razvidno, da se je največ starostnikov udeležilo izobraževanja za uporabo računalnika. Tu naj omenimo, da v ta sklop izobraževanja spada tudi priložnostno učenje ter druženje starostnikov, tako na kulturnem kot tudi individualnem področju (Mednarodni dan starejših 2013, 2013).

Seveda pa v sklop kvalitetnega življenja in na področje vrednot sodi tudi izpostavljanje starostnikov pred revščino. Menimo, da je najpomembnejša vrednota starostnikov dostojanstvo ter ugled v družbi. Žal nam podatki kažejo, da je celotna stopnja tveganja revščine znašala v Sloveniji 13,5 %, za starejše osebe kar 19,6 % (Mednarodni dan starejših 2013, 2013).

Podobne ugotovitve so bile zabeležene v poročilu Varuha človekovih pravic. Poudarek je predvsem na kršitvi pravic starostnikov. Le-te se navezujejo tako na zdravstveno kot tudi bivalno oskrbo. Izpostavljeno je nasilje nad starostniki, saj visoka brezposelnost, negotove družbene razmere in tudi revščina vodijo do nasilja tudi nad starostniki. Poudarjena je predvsem vrednota javnega zdravstva. Zdravja posameznikov predstavlja najpomembnejšo vrednoto vsake družbe. Je prav tako izhodišče ostalih družbenih, zdravstvenih kot tudi individualnih vrednot posameznikov. V poročilu (2011) je iz naslova zdravja kot vrednote starostnikov poudarjena predvsem pravica do javnega zdravstva, kakovost, razpoložljivost storitev, dostopnost, enakopravnost

ter solidarnost (Kalčina, 2011). Zdravje in z njim povezane usluge predstavljajo za starostnike neprecenljivo vrednoto in posledično tudi občutek varnosti v družbi.

## 5 Sklep

Glede na pridobljene podatke lahko sklepamo, da je zdravje in z njim povezana varnost najpomembnejša vrednota starostnikov. Živimo v času, ko število starostnikov strmo narašča, življenjska doba pa se povečuje. Oskrba starejšega prebivalstva predstavlja eno ključnih političnih ter gospodarskih nalog. Omenjena era naj nebi prinašala zgolj negativnih družbenih dejavnikov, pač pa bi (morda) postala izziv novim gospodarskim, predvsem pa moralno-etičnim projektom. V slednji koncept in tudi »projekt« nedvomno uvrščamo vrednote, ki predstavljajo neprecenljiv medgeneracijski transfer.

## LITERATURA

1. Brake, M. (1983). Sociologija mladinske kulture. Ljubljana: Univerzitetna konferenca ZSMS.
2. Giddens, A. (2007). Sociologija. Zagreb: Nakladni zavod Globus.
3. Haralambos, M. in Holborn, M. (1999). Sociologija, teme in pogledi. Ljubljana: DZS.
4. Kalčina, L. (ur.) (2011). Pravice starejših kot ogledalo družbe. VARUH, brezplačni bilten Varuha človekovih pravic Republike Slovenije, (14), 1–20. Pridobljeno 30. 10. 2015, s [http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user\\_upload/pdf/bilten/biletten-starejsi\\_NETsmall.pdf](http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/pdf/bilten/biletten-starejsi_NETsmall.pdf).
5. Mednarodni dan starejših 2013. (26. 9. 2013). Ljubljana: Statistični Urad Republike Slovenije. Pridobljeno 30. 10. 2015, s <http://www.stat.si/StatWeb/glavnanavigacija/podatki/prikazistaronovico?IdNovice=5780>.
6. Stula, S. (2012). Living in Old Age in Europe - Current Developments and Challenges, Working Paper No. 7 of the Observatory for Sociopolitical Developments in Europe, Observatory for Sociopolitical Developments in Europe. Pridobljeno 30. 10. 2015, s [http://www.sociopolitical-observatory.eu/uploads/tx\\_aebgppublications/AP\\_7\\_EN.pdf](http://www.sociopolitical-observatory.eu/uploads/tx_aebgppublications/AP_7_EN.pdf).
7. Šakić, V., Franc, R. in Mlačić, B. (2002). Samoizkazana sklonost adolescenata socijalnim i antisocijalnim ponašanjima. Društvena istraživanja, 11 (2/3), 265–289.
8. Ule, M. (2004). Nove vrednote za novo tisočletje. Sprememba življenjskih in vrednotnih orientacij mladih v Sloveniji. Teorija in praksa, 41 (1–2), 352–360.

# Spomin v starosti in povezava s telesno dejavnostjo

UDK 159.923-053.9

**KLJUČNE BESEDE:** spomin, starostniki, telesna dejavnost

**POVZETEK** - Starostne spremembe vplivajo tudi na centralni živčni sistem in kognitivne sposobnosti, predvsem na pozornost, kratkoročni in dolgoročni spomin in centralnega izvršitelja. Upad je mogoče zmanjšati in vzpodbuditi možgane k nevrogenezi. Pri tem nam pomaga telesna dejavnost, saj so zaznane višje koncentracije nevrotrofičnega dejavnika možganskega izvora (Brain-derived neurotrophic faktor - BDNF), inzulinskega seruma (IGF-1) in normaliziranje N-acetylaspartata (NAA) v povezavi s telesno dejavnostjo. Starostniki ohranijo boljši implicitni (znanje o izvajanju procesov) kot eksplicitni spomin (vedenje o stvareh), ki je predvsem v hipokampusu. Upad kognitivnih funkcij, sicer normalen proces, pri nekaterih starostnikih nekoliko odstopa od pričakovanega, obenem pa taki posamezniki pogosteje razvijejo demenco ali ostanejo v fazi blagega upada kognitivnih sposobnosti, imajo manjšo neodvisnost in slabše socialno vključevanje. Telesna vadba vpliva na povečanje volumna sive možganovine v prefrontalnem korteksu in hipokampusu, kar izboljšuje pozornost in spomin. Zato je treba za dvig kakovosti življenja starostnikov, ob sodelovanju različnih strokovnjakov, preučiti, kakšna in kako intenzivna telesna dejavnost je najprimernejša.

UDK 159.923-053.9

**KEY WORDS:** memory, the elderly, physical activity

**ABSTRACT** - Ageing changes also affect the central nervous system and cognitive abilities, especially attention, short-term and long-term memory, and the central executive. The decline can be reduced and the brain stimulated to neurogenesis. The physical activity (PA) can be very helpful, as higher concentrations of Brain-Derived neurotrophic factor (BDNF), insulin serum (IGF-1) and normalizing of the N-acetylaspartate (NAA) in connection with PA have been found. Elderly maintain better implicit memory (knowledge about the execution of processes), than explicit memory (knowledge of things), which is primarily in the hippocampus. The decline in cognitive functions, although a normal process, slightly deviates from the expected one with some elderly individuals, at the same time, however, they are more likely to develop dementia or remain at the stage of slight cognitive decline, have less independence and less social inclusion. PA affects the increase in the volume of gray brain in the prefrontal cortex and hippocampus, improving concentration and memory. It is therefore necessary to examine, with participation of various experts, which and how intense PA is most suitable in order to improve the quality of life of elderly.

## 1 Uvod

Sodobna družba postaja starejša in se pogosteje posveča starejši populaciji, da bi ji omogočila višjo kakovost v tako imenovanem tretjem življenjskem obdobju. Kakovost staranja določajo medsebojno povezane socialne, fizične in telesne komponente (Fratiglioni, Paillard-Berg in Winblad, 2004).

Starost lahko opredelimo kronološko (pomembno za določanje mejnikov v družbi), funkcionalno (biološka, psihična) in socialno (počutje posameznika in njegovo lastno zaznavanje let) (Mali, 2002; Pečjak 2007; Milavec Kapun, 2011). Kronološka starost je enaka za vse ljudi, na funkcionalno starost vpliva način življenja, doživljajska starost pa je odvisna od vsakega posameznika (Ramovš, 2003). Čeprav v zadnjem času poudarjamo prepletanje bioloških in psiholoških komponent, to spoznanje ni novo,

saj je slednje že 65 let pr. n. š. omenjal Cicero (McCrorry, 2007). Posledica padca bioloških in psihičnih zmogljivosti, značilnih za starostne spremembe (Casilhas idr., 2007), zmanjšuje kakovost življenja starostnikov (Vaughan, Morris, Shum, O'Dwyer in Polit, 2012). Spreminja se tudi telesna zmogljivost. O pomenu telesne dejavnosti (in posledično zmogljivosti) govori tudi podatek (WHO, 2010), da je zmanjšana telesna dejavnost, kamor sodi vsaka dejavnost skeletnih mišic, ki porablja energijo, četrti rizični dejavnik, ki povzroča smrt. Čeprav strokovnjaki (Colcombe idr., 2004; Casilhas idr., 2007; Chang idr., 2014a) dokazujejo pomembnost telesne dejavnosti za zdravje, pa je žal v mnogih primerih, še vedno v prednosti neaktiven način življenja (Hötting in Röder, 2013).

## 2 Gerontologija

Znanost oziroma veda o starosti, staranju in starih ljudeh, gerontologija (grško; *geron*-star, prileten in *logos*-govorjenje, beseda), opisuje staranje s pomočjo socioloških, psiholoških in bioloških vidikov (Ramovš, 2003).

### 2.1 Preučevanje staranja

Ramovš (2003) poudarja pomen integralne gerontologije, kjer je v ospredju »celoten človek z vsemi svojimi nalogami in potrebami, med njimi pa so deležne posebne pozornosti tiste, ki so posebej značilne za tretje življenjsko obdobje« dopolnjuje v nadaljevanju (str. 38). Zato je zelo pomembno sodelovanje različnih strokovnjakov (Markič in Kordež, 2007) oziroma je delitev na posamezne panoge nesprijemljivo (Tomc, 2007).

Samo tisti človek, ki sprejme svojo starost, je zmožen živeti polno življenje. Starost ni nekaj negativnega, saj so »vsa življenjska obdobja enako pomembni in enako smiselni deli enega samega človekovega življenja« (Ramovš, 2006, str. 9). Pa vendar je za večino starostnikov prepoznavanje starostnih sprememb stresno, zato se pogosto izogibajo prepoznavanju dejstev (Vrdoljak idr., 2014). Tudi zato, različna starostna obdobja in samoporočanja, pogosto ne dajejo pravih rezultatov. Mak idr. (2010) opozarjajo, da se je treba pri obravnavi testov in rezultatov zavedati pomanjkljivosti samoporočanja in dejstva, da med različnimi testi obstajajo razlike. Čeprav je samoporočanje zaradi pristranosti samoocen, priporočljivo le kot dopolnitev podatkom, pridobljenim na druge načine (Košir, 2003), pa so subjektivni kazalniki zdravja zelo pomembni in lahko povedo o zdravju in spremembah zdravja več, kot objektivni dejavniki (Jerinček Klanšek in Žiberna, 2012). Zato se vedno bolj uveljavlja tako imenovana samoocena zdravja (angl. *Self-related health-SRH*), ki na podlagi pet-stopenjske lestvice, opredeljuje zdravje in močno korelira z ostalimi objektivnimi zdravstvenimi indikatorji (WHO, 2002). Samoocena zdravja daje občutek zdravja in vključuje biološke sociološke in psihološke dejavnike (Petek in Kersnik, 2014) in tako določa posameznika kot biopsihosocialno bitje (Filipčič, 2010).

## 2.2 Staranje

Življenje se začne z oploditvijo in ga spremlja vrsto sprememb, ki jim v prvi polovici življenja pravimo zorenje, v drugi polovici pa staranje (Milavec Kapun, 2011). Delitev starostnih obdobj (kronološka starost) se med slovenskimi avtorji nekoliko razlikuje, vendar lahko povzamemo, da se starostno obdobje začne med 64- in 66-letem starosti. Po podatkih Special Eurobarometra (2012), je starost, ki jo posamezniki sami zaznavajo kot začetek obdobja starosti 63,9 let ( $N = 26.723$ ). Podatki se nekoliko razlikujejo med državami, najbolj odstopata Nizozemska (70,4 let) in Slovaška (57,7 let). V Sloveniji je mejnik, ki ga zaznavajo posamezniki, kot začetek starostnega obdobja, 66,4 let, ženske so določile starost pri 65-ih letih, moški pri starosti 62,7 let (podatki za Slovenijo, 2012).

Skrb za kakovost staranja, v tistem delu, na katerega lahko vplivamo (življenjske navade, okolje-delno) (Gošnak Dahmane in Ribarič, 2006; Poljšak in Lampe, 2011; Milavec Kapun, 2011) je zelo pomembna, saj se po podatkih Statističnega urada Slovenije (Statopis, 2014), povečuje število starostnikov. V letu 2008, je bilo v Sloveniji 17,3 odstotkov populacije starejše od 64 let, v letu 2013, pa že 18,5 odstotkov populacije. Najnovejši podatki za leto 2015 (podatki so za prvo polletje) v Sloveniji beležijo 19,2 % prebivalcev starejših od 64 let. Podaljšuje se tudi pričakovano trajanje življenjske dobe. V Sloveniji je bila leta 1990 pričakovana starost za moške 69,8 let in za ženske 77,8 let (NCHS, 2014), v letu 2013 pa za moške 76,93 let (2008 = 75,42 let) in za ženske 83,13 let (2008 = 82,26) (Statopis, 2014).

Na kakovost staranja lahko vplivamo z ustrežno telesno dejavnostjo (Moliner-Urdiales idr., 2010). Kemoun idr. (2010) so v raziskavi ( $N = 31$ , starost  $81,8 \pm 5,3$  let, bolniki z demenco) ugotovili, da telesna dejavnost (1 ura telesne dejavnosti 3x/teden) upočasni kognitivni upad. Letno zaradi premajhne telesne dejavnosti umre 2,1 odstotka celotne populacije. Po podatkih iz leta 2008 je na svetu 31 odstotkov populacije (28 % moških, 34 % žensk), starejših od 15 let, nezadostno telesno dejavnih (WHO, 2015). V Sloveniji se vsaj 30 minut na dan ukvarja s telesno dejavnostjo 55,2 odstotkov populacije, starejše od 15 let (Eurostat, 2008).

### 2.2.1 Mobilnost

S starostjo se podaljšuje reakcijski čas in zmanjšuje hitrost mišičnega reagiranja, mišice atrofirajo, zmanjša se mišična moč, kite postajajo bolj toge, obrablja se hrustanec, zmanjša se kostna masa, vse naštetu pa vpliva na mobilnost (Pečjak, 2007). Zaradi povečanja nedejavnega življenja ( $N = 29.263$ , starost  $\geq 65$  let, med leti 1987-2006), je posledično zaznan tudi upad hoje, kot najpogostejše oblike dejavnosti med starostniki (Palcios-Ceňa idr., 2011). Za opravljanje dnevnih aktivnosti (angl. Activity daily life – ADL) je po mnenju Fong idr., pomembna ohranitev kognitivnih funkcij. V študiji ( $N = 300$ , starost  $\geq 70$  let) so ugotavljali, da veliko ADL (npr. ravnanje z denarjem, jemanje zdravil, uporaba telefona, priprava obroka) predstavlja predvsem kognitivno težavo, medtem ko so druge ADL (npr. hoja, transfer, zmerna telesna dejavnost, hoja po stopnicah) odvisne bolj od telesne kot kognitivne sposobnosti. Zuccaro idr. (2012) meni-

jo, da psihofizične sposobnosti naglo upadajo (med 60- in 70-im letom) do neke meje, nato pa so spremembe, v kolikor ni prisotnih bolezenskih procesov, le še malenkostne.

### *2.2.2 Kognitivne spremembe v starosti*

S starostjo so opazni upadi nekaterih višjih kognitivnih sposobnosti, kot so spomin, pozornost, učenje. Med najpomembnejša kognitivna področja, po mnenju Logar (2007), sodijo spomin, pozornost, jezik, eksekutivne funkcije, višje senzorno zaznavanje (prepoznavanje objektov, prostorsko procesiranje) in motorična kontrola. Kot navaja Šešok (2006) je spomin »sposobnost shranjevati in ohranjati informacije, ter jih v prihodnosti obnoviti, ko jih bomo potrebovali« (str. 101). Starejša populacija tako podatke zaznava bolj na senzoren način in hkrati ne filtrira relevantnih (SSKJ, 2014; pomemben, bistven) od irelevantnih dražljajev. Glede na omejeno količino informacij, ki jih lahko možgani procesirajo v določenem trenutku, je pozornost tisti selekcijski proces, ki omogoča izbiro informacij za nadaljnje procesiranje.

Kognitivne sposobnosti in urjenje kognitivnih spretnosti je pomembno, saj Lautenschlager idr. (2008) ugotavljajo, da osebe z zmanjšanimi kognitivnimi sposobnostmi in upadom spomina (brez demence), pogosto razvijejo Alzheimerjevo bolezen, ki je v porastu. Leta 2011 je bilo na svetu 33,9 milijonov bolnikov s to boleznijo in število bolnikov pa naj bi se v naslednjih 40 letih potrojilo (Barnes in Yaffe, 2011).

## **3 Z zdravjem povezana telesni fitness in telesna dejavnost v starosti**

### *3.1 Z zdravjem povezani telesni fitness*

Telesni fitness (angl. physical fitness) nam omogoča, da opravimo določeno nalogo, zdravstveni fitness (angl. health fitness) pa pojmuje kot sposobnost za premagovanje delovnih dejavnosti na za telo, čim manj obremenjujoč način (Mišigoj-Durakovič idr., 2003). Vedno pogosteje je v uporabi izraz in pristop »z zdravjem povezani telesni fitness« (angl. health-related fitness), ki združuje oba fitnessa (Kisner in Colby, 2007; Ruiz idr., 2009).

### *3.2 Telesna dejavnost v starosti*

Priporočljiva telesna dejavnost za populacijo nad 65 let je najmanj 150 minut (5x/ teden) zmerne, do intenzivne telesne dejavnosti oziroma vsaj 20 minut intenzivne telesne dejavnosti (3x/teden) ob istočasni vadbi za moč in ravnotežje (Smernice EU o telesni dejavnosti, 2008). Telesna pripravljenost se s starostjo zmanjšuje in Sergi idr. (2011) v svoji raziskavi (N = 105, ženske stare  $\geq$  65 let) zaključujejo, da tudi pri populaciji z dobro telesno pripravljenostjo, z leti nastopi upad mišične mase in mišične moči, hkrati postajajo počasnejši in zaznavajo težave tudi pri izvajanju osnovnih ADL. Zdravniki zato starostnikom priporočajo telesno dejavnost, vendar sta Lawlor in Hanratty (2001) ugotovila (N = 4747, 8 študij), da je priporočilo o izvajanju telesne dejavnosti, ki ga starostniki dobijo pri zdravniku neučinkovito. Podobno so po siste-

matičnem pregledu raziskav (N = 8745, 15 poizkusov) zaključili Orrow, Kinmonth, Sanderson in Sutton (2012).

## 4 Kognitivne sposobnosti v starosti

Razvoj kognitivne znanosti napreduje vse od leta 1956, ki velja za začetek kognitivne znanosti. Raziskovalci z različnih področij se sicer strinjajo, da je namen preučevanja kognicije, razumeti kognitivne procese, vendar nastopi težava nastaja pri dilemi, kaj sodi med kognitivne pojave. Ali sodijo sem le pojavi s klasične psihologije (učenje, odločanje, pomnjenje, mišljenje ipd.), ali tudi zavest (vključena šele v zadnjem obdobju). Postavlja se vprašanje cilja (ali cilj je, ali cilja ni) in natančna definicija »razumevanja kognitivnih pojavov« (npr. zavesti), primernost načina obravnave kognitivnih pojavov, etike (kaj je normalno, kje so meje človekove zasebnosti ipd.) ter težava v komunikaciji z ostalimi disciplinami (poznavanje disciplin, strokovni jezik) (Markič in Kordež, 2007).

Upad kognitivnih funkcij je normalen proces in je del staranja, pa vendar pri nekaterih starostnikih ta upad nekoliko odstopa od pričakovanega. Lautenschlager idr. (2008) ugotavljajo, da pri telesno dejavnih ljudeh redkeje nastopi zmanjšanje kognitivnih sposobnosti kot pri ljudeh, ki imajo pretežno sedeči način življenja. Telesna dejavnost je v povezavi s kognitivnimi sposobnostmi pomembna tudi kot preventivno delovanje. Barnes in Yaffe (2011) ugotavljata, da povečanje telesne dejavnosti za 10 %, bistveno zmanjša nevarnost za nastanek Alzheimerjev bolezni. Tudi Larson idr. (2006), na podlagi samoporočanja, ugotavljajo (N = 1740, starost > 65 let), da redna telesna dejavnost zmanjšuje možnosti za nastanek Alzheimerjev bolezni. Podatek je še posebno pomemben, če upoštevamo dejstvo, da je upad kognitivnih sposobnosti pogosto predhodnik Alzheimerjeve bolezni (Geerlings, Jonker, Bouter, Adèr, in Schmand, 1999, v Cox idr., 2013).

### 4.1 Spomin

Šešok (2006) opisuje spomin kot »sposobnost shranjevati in ohranjati informacije, ter jih v prihodnosti obnoviti, ko jih bomo potrebovali« (str. 101). Po mnenju Baddeley (2014), se med seboj prepleta več med seboj povezanih sistemov (senzorni, kratkotrajni in dolgotrajni spomin), ki so zmožni vsak zase vkodirati ali registrirati informacijo, jo shraniti in ponovno priklicati. Pomanjkanje teh sposobnosti bi osiromašilo našo zaznavo, učenje iz preteklosti, razumevanje sedanosti in načrtovanje prihodnosti.

### 4.2 Senzorni spomin

Senzorni spomin je pomnjenje dražljaja na čutnem organu v obliki vidne in slušne zaznava (Baddeley, 2014). Traja le nekaj sekund, njegove informacije razpadejo, njegov upad pa je s starostjo minimalen in se kaže le kot nekoliko upočasnjeno beleženje novih vtisov (Pečjak, 1998). Hkrati je, zaradi slabše obdelave primarnih informacij v kratkotrajnem spominu, težji priklic informacij iz bližnjega spomina težji (Pečjak,



1998). Glede na registracijo zaznave spomin preide (s pomočjo pozornosti) v kratkoročni spomin ali pa propade (Šešok, 2006).

#### 4.3 *Kratkoročni in delovni spomin*

Kratkoročni spomin ima zelo omejen, kratkotrajen časovni obseg (40 sek) in majhno zmogljivost (5-9 informacij). Služi kot pasivna, začasna spominska shramba, ki omogoča prehod v dolgoročni spomin (proces ponavljanja in vkodiranja) ali propad informacij. V njem potekajo spoznavni procesi (mišljenje, odločanje, obnavljanje, ...), naš psihološki sedanji čas. Pomemben je za razumevanje, osmišljanje in dolgoročno učenje. Glede na aktivno vlogo kratkoročnega spomina, je ustrezneje opredeliti nov teoretični koncept, delovni spomin. Pomembne razlika med obema je, da kratkoročni spomin informacije le zadržuje, medtem ko delovni spomin z njimi tudi upravlja (Šešok, 2006). Delovni spomin je razdeljen na verbalni in prostorski delovni spomin ter delovni spomin za slikovne materiale (Koritnik, Kočevar, Knific, Tavčar in Šprah, 2004). Oba podsistema povezuje in nadzoruje centralni izvršitelj, ki informacije selekcionira in koordinacija akcije (Baddeley, 2001). Telesna dejavnost, je po mnenju Benedict idr. (2013), povezana s povečanjem volumna možganov oz. zmanjšanjem atrofije. V presečni študiji (2001-2003, N = 827, starost 70 let; 2001-2008, N = 827, starost 75 let) so ugotovili, da telesna dejavnost vpliva na povečanje volumna možganov (meritev z MRI) in kognitivne sposobnosti.

#### 4.4 *Dolgoročni spomin*

Najkakovostnejši je dolgoročni spomin, ki ima neomejeno trajanje in neomejene zmogljivosti. V njem so zbrane informacije, ki jih zbira človek celo življenje. Torej iz bližnjega spomina (sekundarnega) in daljnega (terciarnega) spomina. Vendar pa lahko tudi iz dolgotrajnega spomina informacije izginejo zaradi interference, prepletanja starih in novih informacij (normalni proces propadanja) ali zaradi anterogradnih in retrogradnih amnezij (poškodb spominskih centrov). Značilno za dolgoročni spomin je, da ga prikličemo po več kot eni minuti, potem ko je pozornost že preusmerjena drugam (Logar, 2007).

##### 4.4.1 *Proceduralni, deklarativni in emocionalni spomin*

Implicitni - proceduralni spomin (»vedeti kako«) hrani znanje o tem, kako izvajati procese (gibalne in kognitivne veščine; Rebula, 2007) in je pomemben za olajšanje in pospešitev sedanjega vedenja s preteklimi izkušnjami (Logar, 2007). Sem sodi motorično učenje, ki temelji na dolgoročnih in počasi nastajajočih prilagoditvah v malih možganih in bazalnih ganglijah (Logar, 2007). Učenje je odporno proti pozabljanju, deluje nezavedno, je neodvisno od naše volje ter povezano s čutno-čustveno zaznavo (Rebula, 2007). Nahaja se v amigdali (Komljanc, 2014).

Eksplicitni - deklarativni spomin (»vedeti kaj«), ki je v hipokampusu (Komljanc, 2014), hrani znanje o stvareh, in ga lahko nadalje delimo na epizodični (avtobiografske informacije, povezane s časom in krajem, pomnjenje dogodkov, ohranjanje osebnih izkušenj) in semantični spomin (splošno znanje o dejstvih, predmetih, dogodkih in

odnosih med njimi, hranjenje besed, nebesednih simbolov) (Baddley, 2003, v Šešok, 2006). V eksplicitnem spominu so shranjeni podatki, dogodki, dejstva in spomini, ki jih lahko izrazimo in zavestno priključimo (Bondi, 1989; Logar, 2007).

Emocionalni spomin je tretja kategorija spomina in se aktivira zaradi medsebojnega vpliva med amigdalo in hipokampusom in prefrontalnim korteksom in prav tako vpliva na priklic informacij iz spomina. Ločimo od razpoloženja odvisni spomin in z razpoloženjem skladen spomin. V prvem primeru lahko posamezniku podobna situacija prikljuje spomin, v drugem primeru pa razpoloženje pomaga pri zapomnjenju (Buchanan, 2007).

#### 4.4.2 Dolgoročni spomin in starost

Pri starejši populaciji je boljši implicitni spomin, pri mlajši pa eksplicitni spomin (University of Toronto, 2010). Zmerna telesna dejavnost vpliva na povečanje hipokampusa, so v svoji študiji (N = 310, starost 71,3 let, manjše kognitivne težave) ugotavljali Makizako idr. (2015). Erickson, Leckie in Weinstein (2014), so v pregledu objavljene znanstvene literature na temo povezave telesne dejavnosti, srčno žilnega fitnesa in vadbe na volumen sive možganovine, pri starejši populaciji (2003-2013), zaznali pozitivno povezavo med telesno dejavnostjo in povečanjem volumna sive možganovine v prefrontalnem korteksu in hipokampusu ter posledično boljšo pozornost in spomin. Z omenjenim se strinjajo tudi Kennedy idr. (2009), ki ugotavljajo povečan upad sive možganovine v senzornem delu hipokampusa. Zmanjšana telesna dejavnost, ki sovpada z leti, vpliva na spremenjeno delovanje nevrotransmiterjev v dopaminergičnem sistemu (Loprinzi, Herod, Cardinal in Noakes, 2013). Ob zavedanju, da je dopamin pomemben tako za hipokampus, striatumu, kot za prefrontalno skorjo, je ob pomanjkanju dopamina, mogoče predvidevati težave z delovnim spominom in učenjem (Jay, 2003), kar ugotavljajo tudi Abdulrahman, Fletcher, Bullmore in Morcom (2015) v lastni raziskavi (N = 16, starost 24,9 in N = 16, starost 66,9 let). Mohorko (2014) navaja dejstvo, da so možgani nevroplastični in sposobni nevrogeneze, kar je mogoče dokazati s povečanim številom nevrotrfinov, ki izhajajo iz možganov (angl. brain-derived neurotrophic faktor-BDNF). BDNF, ki ga lahko merimo v krvnem serumu ali krvni plazmi kot periferni BDNF - pBDNF (Piepmeier in Etnier, 2015), prištevamo med tiste najpomembnejše beljakovine v možganih, ki imajo pomembno nalogo pri nevrogenenzi, plastičnosti sinaps, učenju in spominu (Vaughan idr. 2012; Pareja-Galeano idr. 2015). Telesna dejavnost, skupaj s kognitivnim treningom, prehrano in socialno interakcijo spodbudi nevrogenezo (Voss idr., 2013). Pomen telesne dejavnosti (zmerna do intenzivna) za kakovostno staranje in zmanjšanje atrofije možganov so v svoji študiji (N = 649, starost  $\geq$  65 let, manjše kognitivne težave) potrdili tudi Doi idr. (2015). Baker idr. (2010) so zaznali (N = 29, povprečna starost 70 let) povečanje pBDNF pri starostnikih z manjšimi kognitivnimi motnjami po aerobni telesni dejavnosti. Ruscheweyh idr. (2011) so v svoji študiji (N = 62, povprečna starost 60,2 let) ugotovili, da se s povečanjem telesne dejavnosti (ne glede na stopnjo intenzivnosti) poveča tudi nivo BDNF in izboljša spomin. Na drugi strani, pa je pri starostnikih opaziti zmanjšano koncentracijo pBDNF, manjši volumen hipokampusa in slabšo izvedbo kognitivnih nalog, povezanih s prostorskim spominom (Erikson idr., 2010).

## 5 Vpliv telesne dejavnosti na kognitivne sposobnosti – raziskave

Kognitivne sposobnosti in telesna dejavnost delujeta vzajemno (Ross idr., 2013), proces je zapleten in nanj vpliva veliko dejavnikov (Lambourne in Tomporowski, 2010). Weuve idr. (2004), so v raziskavi (N = 18.766, ženske, povprečna starost 74 let in ponovni test po 1,8 letu) med leti 1995 in 2001 ugotovili, da zmerna telesna dejavnost pozitivno vpliva na splošne kognitivne sposobnosti (tudi; Lautenschlager idr., 2008; Chang idr., 2014 b), delovni spomin in pozornost, govorni spomin in pozornost. Zmanjšanje telesne neaktivnosti bistveno zmanjša nevarnost za nastanek Alzheimerjev bolezni, ki je kot rečeno, pogosto povezana z upadom kognitivnih funkcij (Lautenschlager, 2008, Cox, 2013). Da na pozabljanje in razvoj demence vpliva telesna dejavnost, se strinjajo tudi Abbott idr. (2004), ki so v raziskavi (N = 2257, moški stari med 71-93 let) potrdili vpliv telesne dejavnosti (hoje) na zmanjšanje verjetnosti za pojav demence.

Pri raziskavah so pomembni objektivni kazalniki, ki potrjujejo vpliv nevrogeneze. Cassilhas idr. (2007) v svoji študiji (N = 62, moški med 65. in 67. letom) zaznavajo povečanje inzulinskega seruma (IGF-1), pri tistih, ki so izvajali telesno dejavnost, najverjetneje v povezavi s prenosom v centralni živčni sistem in posledično boljšimi kognitivnimi funkcijami. IGF-1, sodi poleg že omenjenega BDNF in neotrofinov 3 in 4/5 med najpomembnejše neurotrofične dejavnike, ki vplivajo na nevrogenozo (Coelho idr., 2013). Vendar pa na porast IGF-1 ne vplivajo vaje za moč (Chodzko-Zalko idr., 2009). Upoštevati je treba tudi dejstvo, da imajo starostniki že v osnovi manj BDNF (Coelho idr., 2012), kar ni v korist dolgemu življenju, saj sodi ustrezní nivo BDNF tudi med ključne, za preživetje pomembne dejavnike (Failla, Conley in Wagner, 2015).

Težava nastaja, ko je treba opredeliti, kakšna naj bo ta telesna dejavnost. Kelly idr. (2014) so na podlagi pregleda 25 objavljenih študij (2002-2013) zaključili, da je najboljša kombinacija aerobne telesne dejavnosti (pozornost, centralni izvršitelj) in vadbe proti uporu (mišljenje, razum). Podobne zaključke so že nekoliko prej objavili Busse, Gil, Santarém in Filho (2009), ki so po pregledu študij (2004-2009) zaključili, da je najučinkovitejša aerobna telesna dejavnost, vendar so dodali, da ni popolnoma jasno, ali je izboljšanje kognitivnih sposobnosti posledica srčno žilnega fitnesa ali pa bi bilo mogoče doseči enak rezultat s kakršnokoli telesno dejavnostjo. Gates, Fatarone Singh, Sachdev in Valenzuela (2013) menijo, da aerobna vadba vpliva le na verbalno pretočnost. Hkrati pa je za večino starostnikov primernejša druga oblika (ne anaerobna telesna dejavnost) zaradi komorbidnosti in siceršnje krhkosti. Prisotnost vsaj ene kronične bolezni z leti narašča in približno 70 % starostnikov nad 70 let ima vsaj eno obolenje (Rossi, Pereira, Driuso, Rebelatto in Ricci, 2013).

### 5.1 Spomin in telesna dejavnost

Znanstveniki že dolgo ugotavljajo povezavo med spominom in telesno dejavnostjo. Gajewski in Falkenstein (2015) sta v raziskavi (N = 48, starost med 65 in 87 let) potrdila razliko pri izvajanju nalog povezanih s spominom (preklapljanje med opravili; angl.

task switching) med telesno aktivnimi starostniki in kontrolno skupino, v prid vadeči skupini. Flöel idr. (2010) so v svoji študiji (N = 75, starost 50 let) potrdili povezavo med telesno dejavnostjo in izboljšanjem spomina ter povečanjem sive možganovine v prefrontalnem in limbičnem korteksu (testiranje, MRI, krvna preiskava neutrofinov). Lautenschlager idr. (2008) so izvedli randomiziran poizkus (N = 138, starost  $\geq$  50 let) med posamezniki, ki so navajali težave s spominom in niso imeli demence. Sodelujoči so bili 24 tednov telesno dejavni v domačem okolju, v obdobju med 2004 in 2007. Pri sodelujočih so bili zaznane manjše pozitivne spremembe izboljšanja spomina. Podobne rezultate navajajo tudi Cox idr. (2009), ki so v raziskavi (N = 170, srednja starost 68,5) po 6 mesečni telesni dejavnosti v domačem okolju, na podlagi samoporočanja, ugotovili izboljšanje spomina, pri osebah z lažjimi spominskimi težavami, v primerjavi s kontrolno skupino.

## 6 Razprava

Staranje je dinamični in proces, ki ga ne moremo ustaviti, lahko pa skušamo nanj vplivati. Ugotavljanje vpliva telesne dejavnosti na zmanjševanje kognitivnih sposobnosti pri starajoči se populaciji, je zaradi porasta starostnikov, zelo pomembno (Kelly idr., 2014). S pomočjo aktivne udeležbe v procesu staranja je mogoče zmanjševati posledice stresorjev, krepiti spoprijemanje s starostjo in zmanjševati družbeno izločenost. Tu nastaja paradoks, saj so kompenzacijski procesi in optimizacija, ki izboljšujejo kakovost staranja, mnogokrat težje izvedljivi prav zaradi starostnih procesov samih (Ouwenehead, de Ridder in Bensing, 2007). Poleg tega so, po mnenju Vrdoljak idr. (2014), zdrave življenjske navade, lahko pogojene tudi z ekonomskim statusom (npr. zdrava prehrana), ki lahko starostniku predstavljajo dodatno težavo, zato večkrat posežejo po manj kakovostnih živilih (N = 738, starost  $72,3 \pm 5,2$ ).

Starostne spremembe je mogoče zaznati tudi na kognitivnem področju, predvsem na področju pozornosti, kratkoročnem in dolgoročnem spominu in centralnem izvršitelju (Cassilhas idr. 2007). V pomoč je telesna dejavnost, ki lahko pozitivno vpliva na spomin (Scherder idr., 2005; N= 43, starost 86 let, manjši kognitivni simptomi; vpliv na centralni izvršitelj). Telesna dejavnost (vaje proti upor, ne glede na stopnjo intenzivnosti) poveča koncentracijo IGF-1, vzpodbuja antioksidativne encime v skeletni mišici in tako posledično vpliva na delovanje centralnega živčnega sistema (Chang idr., 2014 b) predvsem na hipokampus, amigdalno, medialni septum in entorhinalno skorjo (del hipokampusa), ki je pomembna za pomnjenje (Casilhas idr., 2007). Postavlja se vprašanje, zakaj nastopi boljša kognicija v povezavi s telesno dejavnostjo. Po mnenju nekaterih je to posledica boljše prekrvavljenosti možganov, zmanjšanja srčno žilnih obolenj in zmanjšanja negativnega stresa (Fratiglioni idr. 2004). Tudi Alosco idr. (2014) v raziskavi (N = 65, srednja starost 69,77 let, pacienti s simptomi srčnih obolenj) zaznavajo, v obdobju 12 mesecev, slabše kognitivne sposobnosti pri tistih, ki so bili manj telesno dejavni. Lautenschlager idr. (2008) menijo, da je verjetno razlog v povečani prekrvavitvi in perfuziji možganov v prefrontalni skorji in parietalnih pre-

delih in v povečanem vplivu okolja, ki pozitivno vpliva na sinaptogenezo in nevroogenezo. Posledica omenjenega je zmanjšan vpliv biološkega in kognitivnega staranja (Colcombe idr., 2004).

Na upad spomina pomembno vplivata BDFN in IGF-1, kot pomembna dejavnika za nevroogenezo (Pareja-Galeano, 2015). Manjši upad koncentracije BDFN je z leti normalen in pričakovan. Coelho (2012), pojasnjuje, da na znižanje nivoja BDFN vplivajo s starostjo povezana degenerativna obolenja in slabša telesna pripravljenost (N = 20, ženske, starost 71 let). Posledično sledi upad živčnih celic in upad kognitivnih funkcij, Erickson idr. (2011) ugotavljajo, da telesna dejavnost vpliva predvsem na boljši prostorski spomin, saj je zaradi povečane koncentracije BDFN posledično povečan hipokampus (N = 120, povprečna starost 66 let). Telesna vadba torej nima enakega vpliva na vse kognitivne funkcije, temveč predvsem na mišljenje, delovni spomin in kognitivno prožnost (Davache, Brisswalter in Radel, 2015).

Največja dilema je še vedno ustrezna intenzivnost vadbe. Medtem ko, večina strokovnjakov priporoča intenzivno do zmerno vadbo (Cassilhas idr., 2007; Chang in Etnier, 2009, Chang, Labban, Gapin in Etnier, 2012), pa mnogi opozarjajo, da večja intenzivnost narekuje več pozornosti telesni dejavnosti in manj kognitivnim procesom, predvsem v smislu zmanjševanja reakcij, selektivni pozornosti in prilagodljivosti nalogam (Davache idr., 2015) ali pa je rezultat celo negativen (Eggermont, Swaab, Luiten in Scherder, 2006; Mc Moris idr., 2015). Vidoni idr. (2015) so v raziskavi (N = 101, starost  $\geq 65$  let) ugotovili, da že nizko intenzivna aerobna vadba pozitivno vpliva na vidno prostorsko zaznavo in pozornost. Aerobna telesna dejavnost vpliva tudi na normaliziranje N-acetylaspartat-a (NAA), metabolita centralnega živčnega sistema, čigar količina se z leti zmanjšuje (Erickson, Weinstein in Lopez, 2012). Visoke koncentracije NAA v hipokampusu, vplivajo na boljši delovni spomin, v raziskavi (N = 18, starost  $59 \pm 16$  let) ugotavljajo Kozlovskiy, Vartanov, Pyasik in Polikanova (2012).

Težave nastopajo tudi zaradi različnih merskih instrumentov. Kot za vse merske instrumente je tudi tu pomembno, da test zagotavlja objektivnost, primernost, zanesljivost, veljavnost, nepristranskost, sprejemljivost, uporabnost (Mednarodne smernice za uporabo testov, 2006) in ekonomičnost. Posamezne raziskave so subjektivne (samoporočanje), druge temeljijo na objektivnem poročanju (nevtrofini, MRI). Nekatere raziskave uporabljajo psihološke teste, najpogosteje so to testi, povezani s številkami, ki preverjajo pozornost, hitrost zaznave, vidno zaznavo in spomin (angl. digital symbol substitution test - DSST in Digital symbol coding test - DSCT), procesiranje (Stropov test), kratki testi za preverjanje miselnih stanj (angl. Mini mental state examination - MMSE), orientacijo, pozornost, računanje, priklic in jezikovne sposobnosti, testi za odkrivanje Alzheimerjeve bolezni (angl. Alzheimer's disease assesment scale - ADAS) in ostale teste (Van Uffelen, Hopman-Rock, Chin A Paw in van Mechelen, 2005).

## 7 Sklep

Ob raziskavah vpliva telesne vadbe na kognitivne sposobnosti starostnikov obstaja še mnogo odprtih vprašanj. Za proaktivno staranje je pomembno zavedanje, da je za staranje in vse determinante zdravja odgovorne vsak posameznik. Pomemben je torej zavesten prevzem kontrole nad svojim življenjem, ob vplivu socialnih, političnih in pravnih dejavnikov. Treba je poiskati ustrezne merske instrumente, poiskati ustrezno telesno dejavnost, način za opolnomočenje starostnikov in povezati različne stroke, v dobrobit starostnikov in družbe.

## LITERATURA

1. Abbott, R. D., White, L. R., Webstre Ross, G., Masaki, K. H., Curb, J. D. in Petrovitch, H. (2004). Walking and dementia in physical capable elderly men. *Jama*, 292 (12), 1447–1453.
2. Abdulrahman, H., Fletcher, P. C., Bullmore, E. in Morcom, A. M. (2015) (v tisku). Dopamine and memory dedifferentiation in aging. *Neuroimage*.
3. Alosco, M. L., Spitznagel, M. B., Cohen, R., Raz, N., Sweet, L. H. in Gunstad, J. (2014). Decreased physical activity predicts cognitive dysfunction and reduced cerebral blood flow in heart failure. *Journal of Neurological Science*, 339 (1–2), 169–175.
4. Baddeley, A. D. (2001). Is working memory still working?. *The American Psychologist*, 56 (11), 851–864.
5. Baddeley, A. D. (2014). *Essentials of human memory*. New York: Psychology Press.
6. Baker, L. D., Frank, L. L., Foster-Schubert, K., Green, P. S., Wilkinson, C. W., McTiernan, A. and Craft, S. (2010). Effects of aerobic exercise on mild cognitive impairment: a control trial. *Archives of Neurology*, 67 (1), 71–79.
7. 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.
8. Benedict, C., Brooks, S. J., Kulberg, J., Nordenskjöld, R., Burgos, J., Le Grevès, M. in Schiöth, H. B. (2013). Association between physical activity and brain health in older adults. *Neurobiology of Aging*, 34 (1), 83–90.
9. Bondi, M. A. (1989). *Implicit and explicit memory in Alzheimer disease and Parkinson's disease (Magistrsko delo)*. University of Arizona, Arizona.
10. Buchanan, T. W. (2007). Retrieval of emotional memories. *Psychological Bulletin*, 133 (5), 761–779.
11. Busse, A. L., Gil, G., Santarém, J. M. in Filho, W. J. (2009). Physical activity and cognition in the elderly. *Dementia & Neuropsychology*, 3 (3), 204–208.
12. Cassilhas, R. C., Viana, V., Grassmann, V., Santos, R. T., Santos, R. H., Tufik, S. in Mello, M. T. (2007). The impact of resistance exercise on the cognitive function of the elderly. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39 (8), 1401–1407.
13. Chang, Y-K. in Etnier, J. L. (2009). Effect of an acute bout of localized resistance on cognitive performance in middle-aged adults: A randomized controlled trial study. *Psychology of Sport and Exercise*, 10 (1), 19–24.
14. Chang, Y-K., Chi, L., Etnier, J. L., Wang, C-C., Chu, C-H. in Zhou, C. (2014a). Effect of acute aerobic exercise on cognitive performance: Role of cardiovascular fitness. *Psychology of Sport and Exercise*, 15 (5), 464–470.
15. Chang, Y-K., Labban, J. D., Gapin, J. I. in Etnier, J. L. (2012). The effects of acute exercise on cognitive performance: a meta-analysis. *Brain Research*, 1453, 87–101.
16. Chang, Y-K., Tsai, C-H., Huang, C-C., Wang, C-C. in Chu, I-H. (2014b). Effects of acute exercise on cognition in late middle-aged adults: General or specific cognitive improvement?. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 17 (1), 51–55.

17. Chodzko-Zalko, W. J., Proctor, D. N., Flatarone Singh, M., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J. in Skinner, J. S. (2009). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and Science in Sports and exercise*, 41 (7), 1510–1530.
18. Coelho, F. M., Pereira, D. S., Lustoza, L. P. Silva, J. P., Dias, J. M. D., Dias, R. C. D. and Pereira, L. S. M. (2012). Physical therapy intervention (PTI) increases plasma brain-derived neurotrophic factor (BDNF) levels in non-frail and pre-frail elderly women. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54 (3), 415–420.
19. Colcombe, S. J., Kramer, A. F., Erickson, K. I., Scalf, P. McAuley, E., Cohen, N. J. and Elavsky, S. (2004). Cardiovascular fitness, cortical plasticity, and aging. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 101 (9), 3316–3321.
20. Cox, K. L., Flicker, L., Almeida, O. P., Xiao, J., Greenop, K. R., Hendriks, J. and Lautenschlager, N. T. (2013). The FABS trial: A randomised trial of the effects of a 6-month physical activity intervention on adherence and long-term physical activity and self-efficacy in older adults with memory complaints. *Preventive Medicine*, 57 (6), 824–830.
21. Cox, K., Lautenschlager, N., Flicker, L., Greenop, K., Hendriks, J. in Almeida, O. (2009). The role of self-efficacy in the adoption and maintenance of a home-based physical activity program in older adults with memory complaints. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 12 (2), 188–189.
22. Doi, T., Makizako, H., Shimada, H., Tsutsumimoto, K., Hotta, R., Nakakubo, R. and Suzuki, T. (2015). Objectively measured physical activity, brain atrophy, and white matter lesion in older adults with mild cognitive impairment. *Experimental Gerontology*, 62, 1–6.
23. Eggermont, L., Swaab, D., Luiten, P. in Scherder, E. (2006). Exercise, cognition and Alzheimer disease: More is not necessarily better. *Neuroscience and Behavioural Reviews*, 30 (4), 562–575.
24. Erickson, K. I., Leckie, R. L. in Weinstein, A. M. (2014). Physical activity, fitness, and gray matter volume. *Neurobiology of aging*, 35 (2), 20–28.
25. Erickson, K. I., Weinstein, A. M. in Lopez, O. L. (2012). Physical activity, brain plasticity, and Alzheimer's disease. *Archives of Medical Research* 43 (89), 615–621.
26. Erickson, K. I., Prakash, R. S., Voss, M. W., Chaddock, L., Heo, S., McLaren, M. and Kramer, A. F. (2010). Brain-Derived neurotrophic factor Is Associated with Age-Related Decline in Hippocampal Volume. *The Journal of Neuroscience*, 30 (15), 5368–5375.
27. Failla, M. D., Conley, Y. P. in Wagner, A. K. (2015) (v tisku). Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) in traumatic brain injury-related mortality: Interrelationships between genetics and acute systemic and central nervous system BDNF profiles. *Neurorehabilitation and neural repair*.
28. Filipiči, T. (2010). Opolnomočenje invalida za socialno vključevanje skozi psihomotorično obravnavo. *Glasiilo Zveze invalidov Slovenije*, 7 (7), 38–42.
29. Flöel, A., Ruscheweyh, R., Krüger, K., Willemer, C., Winter, B., Völker, K. and Knecht, S. (2010). Physical activity and memory functions: Are neurotrophins and cerebral gray matter volume the missing link?. *Neuroimage*, 49 (3), 2576–2563.
30. Gates, N. J., Flatarone Singh, M., Sachdev, P. S. in Valentuela, M. (2013). The effect of exercise training on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment: A meta-analysis of randomized controlled trials. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (1), 1086–1097.
31. Gošnjak Dahmane, R. in Ribarič, S. (2006). Celično staranje. *Obzornik zdravstvene nege*, 40, 75–78.
32. Hötting, K. in Röder, B. (2013). Beneficial effects of physical exercise on neuroplasticity and cognition. *Neuroscience and Behavioural Reviews*, 37 (9), 2243–2257.
33. Jay, T. M. (2003). Dopamine: a potential substrate for synaptic plasticity and memory mechanisms. *Progress in Neurobiology*, 69 (6), 375–390.
34. Kelly, M. E., Loudhrey, D., Lawlor, B. A., Robertson, I. H., Walsh, C. in Brennan, S. (2014). The impact of exercise on the cognitive functioning of healthy older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 16, 12–31.
35. Kemoun, G., Thibaud, M., Roumagne, N., Carette, P., Albinet, C. and Dugué, B. (2010). Effects of a physical training program on cognitive function and walking efficiency in elderly persons with dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 29 (2), 109–114.

36. Kisner, C. in Colby, L. A. (2007). *Therapeutic Exercise. Foundations and techniques*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
37. Komljanc, N. (2014). Okusi so različni. Pridobljeno dne 11. 1. 2015, s [http://www.zrss.si/pdf/011214093532\\_okusi\\_so\\_razlicni\\_nk\\_eduvision\\_2014.pdf](http://www.zrss.si/pdf/011214093532_okusi_so_razlicni_nk_eduvision_2014.pdf).
38. Koritnik, B., Kočever, M., Knific, J., Tavčar, R. in Šprah, L. (2004). Prostorski in verbalni delovni spomin: študija s funkcijskim magnetnoresonačnim slikanjem. *Psihološka obzorja*, 13 (2), 47–60.
39. Košir, K. (2003). *Behavioristični in kognitivni pristop k uravnavanju vedenje učencev v razredu (Magistrsko delo)*. Ljubljana: Filozofska fakulteta. Oddelek za psihologijo.
40. Kozlovskiy, S., Vartanov, A., Pyasik, M. in Polikanova, I. (2012). Working memory and N-acetylaspartate level in hippocampus, parietal cortex and subventricular zone. *International Journal of psychology*, 47 (1), 584.
41. Lautenschlager, N. T., Cox, K. L., Flicker, L., Foster, J. K., van Bockxmeer, F. M., Xiao, in Almeida, O. P. (2008). Effect of Physical activity on Cognitive Function in Older Adults at Risk for Alzheimer Disease. *Jama*, 300 (9), 1027–1038.
42. Lawlor, D. A. in Hanratty, B. (2001). The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations: a systematic review. *Journal of Public Health*, 23 (3), 219–226.
43. Logar, M. (2007). Možnosti preverjanja kognitivnih funkcij pri bolnikih v klinični praksi. Specialistična naloga. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.
44. Loprinzi, P. D., Herod, S., M., Cardinal, B. J. in Noakes, T. D. (2013). Physical activity and the brain: A review of this dynamic, bi-directional relationship. *Brain Research*, 95 (104), 96–104.
45. Mak, K. K., Ho, S. Y., Lo, W. S., Thomas, G. N., McManus, A. M., Day, Y. R. in Lam, T. H. (2010). Health-related physical fitness and weight status in Hong Kong adolescents. *BMC Public health*, 10 (88).
46. Makizako, H., Liu-Ambroze, T., Shimada, H., Doi, T., Park, H., Tsutsumimoto, K., Uemura, K. in Suzuki, T. (2015). Moderate-intensity physical activity, hippocampal volume and memory in older, adults with mild cognitive impairment (Raziskovalno poročilo). *Physiotherapy*, 101 (1), 941.
47. Mali, J. (2002). Starost, emocije in emocionalno delo v domovih za stare. *Socialno delo*, 41 (6), 317–323.
48. Markič, O. in Kordeš, U. (2007). Kognitivna znanost: kratek pregled zgodovine. V U. Kordeš in O. Markič (ur.), *Kognitivna znanost v Ljubljani* (str. 11–22). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
49. McCrory, P. (2007). Cheap solution for big problems? *British Journal of Sports medicine*, 41 (9), 545.
50. Moliner-Urdiales, D., Ruiz, J. R., Ortega, F. B., Jiménez-Pavón, D., Vivente-Rodríguez, G., Rey-López, D. in Moreno, L. A. (2010). Secular trends in health-related physical fitness in Spanish adolescents: The AVENA in HELENA Studies. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 13 (6), 584–588.
51. Orrow, G., Kinmonth, A-L., Sanderson, S. in Sutton, S. (2012). Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *British Medical Journal*, 344, 1136–1189.
52. Pareja-Galeano, H., Alis, R., Sanchis-Gomar, F., Cabo, H., Cortell-Ballester, J., Gomez-Cabrera, M. C. and Viña, J. (2015). Methodological considerations to determine the effect of exercise on brain-derived neurotrophic factor levels. *Clinical Biochemistry*, 48 (3), 162–166.
53. Pečjak, V. (1998). *Psihologija tretjega življenjskega obdobja*. Ljubljana: Znanstveni inštitut filozofske fakultete.
54. Pečjak, V. (2007). *Psihologija staranja*. Bled: samozal.
55. Petek, D. in Kersnik, J. (2014). Evaluation of self-related health-information on patients' unmet needs? *Zdravstveno varstvo*, 53 (2), 179–187.
56. Piepmeyer, A. T. in Etnier, J. L. (2015). Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) as a potential mechanism of the effects of acute exercise on cognitive performance. *Journal of sport and Health Science*, 4 (1), 14–23.



57. Poljšak, B. in Lampe, T. (2011). Proces staranja, vzroki, posledice in ukrepi. V D. Rugelj in F. Sevšek (ur.), *Aktivno in zdravo staranje*, Zbornik predavanj/Aktivno in zdravo staranje (str. 2–6). Univerza v Ljubljani: Zdravstvena fakulteta.
58. Ramovš, J. (2003). *Kakovostna starost*. Socialna gerontologija in gerontagogika. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti.
59. Ramovš, J. (2006). *Kakovostno staranje in sožitje generacij v Komendi*. Komenda: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje in občina Komenda.
60. Rebula, A. (2007). *Razvoj možganov in pomen stika z otrokom*. Pridobljeno 12. 1. 2014, s <http://www.os-sodrazica.si/Zanimivi%20prispevki/Izguba%20stika-drugi%20del.pdf>.
61. Ross, L. A., Schmidt, E. L. in Ball, K. (2013). Interventions to maintain mobility: What works?. *Accident; Analysis Prevention*, 61, 167–196.
62. Rossi, A. L., Pereira, V. S., Driuso, P., Rebelatto, J. R. in Ricci, N. A. (2013). Profile of the elderly in physical therapy and its relation to functional disability. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 17 (1), 77–85.
63. Ruiz, J. R., Castro-Piñero, J., Artero, E. G., Ortega, F. B., Sjöström, M., Suni, J ... Castillo, M. J. (2009). Predictive validity of health-related fitness in youth: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 43 (12), 909–923.
64. Ruscheweyh, R., Willemer, C., Krüger, K., Duning, T., Warnecke, T., Sommer, J., ... Flöel, A. (2011). Physical activity and memory functions: An interventional study. *Neurobiology of Aging*, 32 (7), 1304–1319.
65. Scherder, A. J. A., van Paasschen, J., Deijen, J. B., van der Knokke, S., Orlebeke, J. F. K. in Sergeant, J. A. (2005). Physical activity and executive functions in the elderly with mild cognitive impairment. *Aging and Mental Health*, 9 (3), 272–280.
66. Sergi, G., Sarti, S., Mosele, M., Ruggiero, E., Imoscopi, A., Miotto, F. in Coin, A. (2011). Changes in healthy elderly women's physical performance: A 3-year follow up. *Experimental Gerontology*, 46 (11), 929–933.
67. Šešok, S. (2006). Spomin – kaj je to in kako deluje?. *Zdravniški Vestnik*, 75 (2), 101–104.
68. Tomc, G. (2007). *Socialno doživljanje*. V U. Kordeš in O. Markič (ur.), *Kognitivna znanost v Ljubljani* (str. 102–104). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
69. van Uffelen, J. G., Chin, A. Paw. M. J., Hopman-Rock, M. in van Mechelen, W. (2008). The effects of exercise on cognition in older adults with and without cognitive decline: a systematic review. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 18 (6), 486–500.
70. Vaughan, S., Morris, N., Shum, D., O'Dwyer, S in Polit, D. (2012). Study protocol: a randomized controlled trial of the effects of a multi-modal exercise program on cognition and physical functioning in older woman. *BMC Geriatric*, 12 (60), 2–11.
71. Voss, M. W., Viva, C., Kramer, A. F. in Praag H. (2013). Bridging animal and human models of exercises-induced brain plasticity, trends in cognitive science. *Trends in cognitive science*, 17 (10), 525–544.
72. Vrdoljak, D., Bergman Marković, B., Puljak, L., Ivezić Lalić, D., Kranjčević, K. in Vučak, J. (2014). Lifestyle intervention in general practice for physical activity, smoking, alcohol consumption and diet in elderly: A randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58 (1), 160–169.
73. Weuve, J., Kang, J. H., Manson, J. E., Breteler, M. M., Ware, J. H. in Grodstein, F. (2004). Physical activity, including walking, and cognitive function in older women. *Jama*, 292 (12), 1454–1461.
74. Zuccaro, S. M., Steindler, R., Scena, S. in Costarella, M. (2012). Changes of psychial and physical conditions in the elderly after a four-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54 (1), 72–77.

# Praktično usposabljanje z delom v zdravstvenem in socialnem varstvu

UDK 614.2+36+331.36

**KLJUČNE BESEDE:** izobraževanje, usposabljanje, Srednja zdravstvena šola Celje, praktično usposabljanje z delom

**POVZETEK** - Gospodarsko in šolsko bolj razvite države so spoznale, da kakovostnega poklicnega izobraževanja ni mogoče organizirati brez soudeležbe in soodgovornosti delodajalcev ter njihovih združenj. Za poklicno in strokovno izobraževanje je najpomembnejše razvito socialno partnerstvo. To je temeljni pogoj za načrtovanje izobraževanja, pripravo izobraževalnih programov in izvajanje praktičnega izobraževanja v podjetjih. Izraz praktično usposabljanje z delom uporabljamo torej samo za tisti del praktičnega izobraževanja, ki ga opravljajo dijaki srednjih šol pri delodajalcih v zdravstvenih in socialnih ustanovah. Dijaki tri-letnega poklicnega izobraževanja in štiriletnega programa smeri zdravstvena nega na Srednji zdravstveni šoli Celje opravljajo praktično usposabljanje z delom v dvaintridesetih ustanovah po Sloveniji in v eni ustanovi v Nemčiji. Zelo pomembno je ugotavljanje zadovoljstva dijakov, delodajalcev in predvsem pacientov v času opravljanja praktičnega usposabljanja z delom. Naš namen je ugotoviti, ali ta oblika izobraževanja pripomore k boljši usposobljenosti bodočih zdravstvenih delavcev za celostno obravnavo pacienta.

UDC 614.2+36+331.36

**KEY WORDS:** education, training, Secondary School of Nursing Celje, practical training through work

**ABSTRACT** - Countries with a highly developed economy and school system have recognised that high-quality vocational education cannot be organised without the participation and co-responsibility of employers and their associations. A well developed social partnership is essential for vocational education and training. Social partnership is fundamental for educational planning, curriculum development and implementation of practical training in companies. The term practical training is used only for the part of training performed by students of secondary schools at institutions in the field of healthcare and social institutions. Students of three and four-year vocational education programme of nursing at the Secondary School of Nursing in Celje undergo practical training at thirty-two institutions in Slovenia and an institution in Germany. The satisfaction of students, employers and especially patients, when doing practical training and work, is of great importance. Our purpose is to determine whether this form of education helps to improve the quality of future health professionals in the comprehensive treatment of patients.

## 1 Teoretična izhodišča

Možina idr. menijo (1998, str. 177), da je izobraževanje dolgotrajen in načrten proces razvijanja posameznikovih znanj, sposobnosti in navad, ki mu omogočajo vključitev v družbeno življenje in delo ter oblikovanje znanstvenega pogleda na svet. Izobraževanje vpliva na posameznikov intelektualni razvoj, pomaga odkrivati še neznane talente in zmožnosti ter izboljšuje njegovo delovanje in razmišljanje (Vukovič in Miglič, 2006). V Wikipediji (<http://sl.wikipedia.org/wiki/Izobra%C5%BEevanje>) lahko zasledimo, da je pojem »izobraževanje« slovenski izraz za dejavnost, ki razširi znanje, tako kognitivno kot konativno, obenem je tudi dejavnost obvladovanja veščin. Običajno mislimo ob izobraževanju na dejavnost povečevanja znanja kot na tradicionalno šolsko obliko poučevanja učitelja, kjer se odvija izobraževanje otrok in mladostnikov. Od uveljavitve paradigme vseživljenjskega izobraževanja se izobraževanje pojmuje

kot osnovna dejavnost pridobivanja znanja. Izobraževanje se lahko odvija kot samo izobraževanje, kot formalno ali neformalno izobraževanje, kot izobraževanje otrok, mladostnikov in odraslih. Tradicionalna, šolska, formalna oziroma frontalna oblika izobraževanja zajema poučevanje učitelja in učenje učenca, pri čemer je vedno rezultat novo znanje, akademsko, razvitost sposobnosti oziroma obvladovanje veščin.

»Izobraževanje je dolgotrajen in načrten proces razvijanja posameznikovega znanja, sposobnosti in navad, ki mu omogočajo vključitev v družbo in delo« (Jereb, 1998, str. 177). Pomaga odkrivati posameznikove potencialne zmožnosti za boljše delovanje in razmišljanje. Močno vpliva na intelektualni razvoj. Izobraževanje delimo na dva segmenta, na splošno in strokovno. Jereb (1998) navaja, da govorimo s splošnem izobraževanju takrat, kadar je temeljni cilj procesa pridobivanje znanja in sposobnosti, nujnih za življenje, strokovno izobraževanje pa je namenjeno pridobitvi poklica, pri čemer posameznik v izobraževalnem procesu pridobiva znanje, spretnosti in navade, ki so nujni za opravljanje konkretnega poklica. Strokovno izobraževanje je torej načrten proces razvijanja posameznikovega znanja, spretnosti in navad ter pridobivanja delovnih izkušenj za strokovno izvajanje poklica. Ker je povezano z določeno dejavnostjo, je označeno s področjem, ki ga zajema (npr. tehnično, družboslovno). Obe izobraževanji se prepletata, še posebej je na višjih ravneh meje med njima težko opredeliti.

Usposabljanje se velikokrat navezuje na strokovno izobraževanje in skupaj z njim vodi k celostni poklicni usposobljenosti. Težišče usposabljanja je na pridobivanju praktičnih znanj, spretnosti in navad, potrebnih za določeno delo ter na razvijanju ustreznih poklicnih sposobnosti in veščin.

Usposabljanje je povezano in pogojeno z vzgojo in izobraževanjem ter se nadaljuje v nenehnem strokovnem in poklicnem izpopolnjevanju.

Možina idr. menijo (1998, str. 178), da s pojmom usposabljanje oziroma strokovno usposabljanje označujemo proces razvijanja tistih človekovih sposobnosti, ki jih posameznik potrebuje pri opravljanju nekega konkretnega dela v okviru določene dejavnosti. Posameznik si torej razvije znanje, sposobnosti in spretnosti za neko delo. Usposabljanje je sestavljeno iz načrtovanih programov, ki so namenjeni povečanju uspešnosti posameznikov, skupin ali organizacijskih ravni. Ker je večina strokovnih izobraževalnih programov namenjena več delovnim situacijam hkrati, in ne le enemu delu v konkretnem delovnem procesu, je strokovno usposabljanje nujno nadaljevanje procesa poklicnega izobraževanja (Jereb, 1998). Je načrtovana in sistematična sprememba vedenja (Ferjan, 1999, str. 10), ki se zgodi na podlagi spremljanja učnih primerov, programov in upoštevanja napotkov.

V procesu bolonjske prenovе študijskih programov zavzema praktično usposabljanje pomemben del pridobivanja in razvijanja specifičnih strokovnih kompetenc, ki so usmerjene predvsem na večjo zaposljivost dijakov. Trg dela se bistveno hitreje spreminja in dobiva nove dimenzije. Zato so dijaki po končanem izobraževanju soočeni z veliko izzivi v drugačnem okolju: teče z drugačno dinamiko, pogosto sloni na skupinskem delu ob znatno bolj zapleteni tehnologiji, pa še pričakovanja glede delovnih rezultatov se pojavijo dokaj kmalu. Praktično usposabljanje je bilo že doslej v izobraževanju učiteljev, zdravstvenih kadrov in nekaterih drugih poklicev obvezen

sestavni del, z uvajanjem Bolonjske reforme pa se širi na vse stroke in stopnje izobraževanja. Pripravljanje, izvajanje in spremljanje praktičnega usposabljanja vedno znova poraja številna vprašanja, kot na primer, kakšno naj bo, koliko časa naj traja, v katerem letniku naj se začne, kdo naj ga izvaja, kako naj se spremlja, na kakšen način naj se ocenjuje, kdo so dobri mentorji in kaj je dobra praksa.

Učenje na delovnem mestu, kamor uvrščamo praktično usposabljanje, je ena od številnih aktivnih oblik študijskega dela. Praktično usposabljanje pa ni oblika aktivnega dela, ki bi bila primerna le za visokošolske izobraževalne programe in regulirane programe, kar je značilnost slovenskih programov, temveč se v svetu vse bolj uveljavlja kot ena ključnih aktivnih oblik študijskega dela na vseh ravneh izobraževanja, predvsem zato, ker je osnova vse življenjskega učenja. Dobro razvite akademske discipline so zaradi svoje poudarjene monodisciplinarnosti slabo prilagojene potrebam vse življenjskega učenja posameznikov oz. organizacij, praktično

usposabljanje pa zagotavlja interdisciplinarnost in je tako znatno bolj ustrezno vseživljenjskemu izobraževanju. Tako na delovnem mestu razvijajo in utrjujejo vrsto instrumentalnih kompetenc, kot so metodološke kompetence (sposobnost organiziranja delovnega časa, reševanje realnih problemov, uporaba znanja v praksi itd.), sposobnost ustne in pisne komunikacije, lahko tudi v tujem jeziku, v primeru, da je organizirana praksa v tujini in preverjanje tehnične usposobljenosti, tam, kjer je to pomembno. Praktično usposabljanje je tudi zelo primerna oblika aktivnega učenja za nadgrajevanje med osebnostnih kompetenc, kot so kritičnost, samokritičnost, delo v skupini, etičnost itd. ([http://www.uni-lj.si/files/ULJ/userfiles/ulj/studij\\_na\\_univerzi/dodiplomski\\_studij/SmernicePrakticnoUsposabljanje.pdf](http://www.uni-lj.si/files/ULJ/userfiles/ulj/studij_na_univerzi/dodiplomski_studij/SmernicePrakticnoUsposabljanje.pdf)).

Srednja zdravstvena šola Celje ima sedež na Ipavčevi ulici 10, Celje. Šola je javni zavod, katerega ustanovitelj je Republika Slovenija. Organi šole – Svet šole ima 13 članov, v njem so zastopani delavci šole, ustanoviteljica, mesto Celje ter predstavniki staršev in dijakov.

S pričetkom novega šolskega leta 2012 je bilo vpisanih 1014 dijakov in dijakinj v 34 oddelkov. Na šoli izobražujemo dijake v dvajsetih oddelkih programa zdravstvena nega, v petih oddelkih programa kozmetični tehnik, v sedmih oddelkih programa bolničar-negovalec in dva oddelka programa zdravstvena nega - PTI (Informativni bilten SZŠC, 2012). Praktično usposabljanje z delom dijaki opravljajo v drugem letniku smeri BN 7 tednov, v tretjem letniku pa 17 tednov. Pri programu ZN pa v tretjem letniku in četrtem letniku po 4 tedne. Šola ima sklenjene pogodbe z 32 delodajalci v Sloveniji in enim delodajalcem v Nemčiji v Bad Aiblingu. Od tega so tri bolnišnice, trije zdravstveni domovi, vse ostalo pa so socialni in varstveni zavodi. Dijakom želimo zagotoviti opravljanje PUD-a čim bližje domu in v ustanovi, ki jih je všeč.

## 2 Metoda

Uporabili smo deskriptivno metodo s študijem literature. V drugem delu je instrument raziskovanja uporabljena anketa. Ankete so bile razdeljene med dijake Srednje zdra-

vstvene šole Celje, ki so bili vključeni v Praktično usposabljanje z delom v šolskem letu 2011/2012. Anketo so izpolnjevali v mesecu juniju 2012. Sestavljena je bila v obliki vprašalnika (uporabili smo Likertovo pet stopenjsko lestvico in dve vprašanji odprtega tipa).

Vzorec so predstavljali naključno izbrani dijaki Srednje zdravstvene šole Celje vseh programov. Anketiranih je bilo 150 dijakov.

Za obdelavo podatkov, pridobljenih z metodo anketnega vprašalnika, smo za statistično obdelavo uporabili SPSS – Program za statistično obdelavo podatkov.

Rezultati ankete in testi hipotez so prikazani s pomočjo tabel in histogramov.

Postavljene hipoteze:

*Hipoteza 1:* Ni razlik med dijaki vseh programov na Srednji zdravstveni šoli Celje glede mnenja o informiranosti o Praktičnem usposabljanju z delom.

*Hipoteza 2:* Ni razlik med dekletimi in fanti o trditvi, da je Praktično usposabljanje z delom zanje koristno.

Podatke, ki smo jih zbrali z anketnimi vprašalniki, smo vnesli v elektronsko bazo podatkov v Excelu in jo nato uvozili v program SPSS 17.0. Za vsa vprašanja smo prikazali osnovno frekvenčno analizo. Tam, kjer smo uporabili ordinalno mersko lestvico, smo izračunali tudi opisne statistike (minimum, maksimum, aritmetično sredino in standardni odklon).

Hipoteze smo analizirali z enosmerno analizo variance in s T-testom. Prva analiza se uporablja za testiranje povprečnih vrednosti v več skupinah, druga pa v dveh skupinah.

### 3 Rezultati

Izvedena anketa nam je prikazala, kakšen je pogled in mnenje dijakov na Srednji zdravstveni šoli Celje glede Praktičnega usposabljanja z delom. Anketiranih je bilo 150 dijakov.

Z uvedbo Praktičnega usposabljanja z delom se strinja večina dijakov, le 12,7 % dijakov se s trditvijo niti ne strinja niti strinja. Ne strinja se en dijak, absolutno se pa ne strinja šest dijakov. Povprečna ocena znaša 4,2 in lahko sklepamo, da so dijaki res zadovoljni.

Naša naloga je dijake pravočasno seznaniti, tudi že pred vpisom, s potekom opravljanja Praktičnega usposabljanja z delom. Rezultati so nam pokazali, da to res drži, saj znaša povprečna ocena 4,25.

Veseli smo tudi rezultata, da se dijaki zavedajo, da morajo opraviti Praktično usposabljanje z delom, saj v nasprotnem primeru nimajo opravljenega letnika, v katerega so vpisani. Le dva odstotka dijakov se absolutno ne strinja s tem. Naš predlog je, da bi se z temi dijaki pogovorili in skušali ugotoviti zakaj se jim to ne zdi potrebno.

Vprašanje, ali ima Praktično usposabljanje z delom več prednosti kot slabosti, je pokazalo, da se dijaki v veliki večini strinjajo s tem, povprečna ocena znaša 4,05. Na to

vprašanje smo dobili dejansko potrditev tudi z odprtim tipom vprašanj, ker so dijaki navedli več prednosti kot slabosti. Ker so dijaki navedli dobre lastnosti, lahko sklepamo, da se zavedajo, da je Praktično usposabljanje z delom zanje koristno in jim odpira možnost nadaljne zaposlitve.

**Prednosti:**

*bolničar/negovalec:*

- pridobivanje izkušenj, delovnih navad,
- odpiranje možnosti za zaposlitev,
- sodelovanje s timom,
- utrjevanje teoretičnega in praktičnega znanja,
- dober odnos z oskrbovanci,
- način dela,
- privajanje na samostojnost,
- pridobitev delovne discipline,
- realna slika našega dela,
- opravljanje dela v bližini doma.

*zdravstvena nega:*

- seznanitev z našim delom,
- komunikacija s pacienti in osebjem,
- prisotnost pri specialnih preiskavah,
- pridobitev novih izkušenj,
- sodelovanje s timom,
- drugačen način dela,
- podrobnejša seznanitev z diagnozami,
- bližina doma,
- samostojnost pri opravljanju dela,
- možnost zaposlitve,
- zavedanje odgovornosti,
- sproščenost pri delu – brez profesorjev,
- pridobivanje spretnosti,
- izguba strahu,
- strnjen potek dela brez pouka v šoli,
- seznanitev z drugimi zdravstvenimi ustanovami.

## 4 Razprava

Izobraževati se ali razširjati znanje je delo na samemu sebi oziroma razvijanje sposobnosti in obvladovanje veščin. Za lažje obvladanje veščin pa je potrebno tudi usposabljanje. Izobraževanje in usposabljanje sta med seboj povezana in se neprestano prepletata. Strokovno izobraženi in usposobljeni kadri so kot temelj in dejavnik razvoja organizacije. Poklicno in strokovno izobraževanje v Sloveniji ne zaostaja za drugimi državami članicami Evropske unije, vendar pa lahko rečemo, da se v določenih segmentih tudi

razlikuje. Že samo ime Srednja zdravstvena šola Celje nam pove, da smo tretja raven vzgoje in izobraževanja. Naša naloga je izobraževati dijake za pridobitev poklica ali pa jim dati osnovo za nadaljevanje šolanja v programih terciarnega izobraževanja. V okviru izobraževanja se izvaja tudi Praktično usposabljanje z delom, ki je ena izmed oblik praktičnega izobraževanja, je povezava med teorijo in prakso. Izvaja se pri delodajalcih, ki izpolnjujejo pogoje in imajo s šolo sklenjene pogodbe. Menimo, da imajo dijaki dobre možnosti za opravljanje Praktičnega usposabljanja z delom ter bogato paleto delodajalcev tako v zdravstvenem kot tudi socialnem varstvu. S strani šole je poskrbljeno tudi za mentorje – izobraževalce pri delodajalcih, ki morajo imeti praviloma enako ali višjo izobrazbo, kot je tista, za katero se izobražuje dijak. Sodelovanje med šolo in delodajalci je povezano tudi z uradnimi dokumenti, ki so izdelani v skladu s predpisi in jih izdela organizator Praktičnega usposabljanja z delom. Praktično usposabljanje z delom je sodelovanje treh subjektov, šole, dijaka in delodajalca. Brez sodelovanja ne bo uspešnega dela in uspešno dokončane izobrazbe, za katero se je dijak izobraževal. Pridobljeno znanje je neizčrpen ekonomski faktor in predstavlja tako imenovano nevidno bogastvo vsakega posameznika. Na izobraževanje moramo gledati kot naložbo v samega sebe, čeprav so leta srednješolskega izobraževanja zelo lepa in vihrava in se takrat marsikdo ne zaveda, da so učiteljeve in mentorjeve besede tiste, ki se jih bodo zavedali šele čez nekaj let, ko bodo opravljali svoj poklic povsem odgovorno.

## LITERATURA

1. Bevc, M. (1994). *Financiranje, učinkovitost in razvoj izobraževanja*. Radovljica: Didakta.
2. Bizjak, C. in Valenčič Zuljan, M. (2007a). *Mentorjeve kompetence, vloge in naloge v procesu mentoriranja*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
3. Ferjan, M. (1999). *Organizacija izobraževanja*. Kranj: Založba moderna organizacija.
4. *Glossary of Training Terms* (1981). Manpower Services Commission. London: UK Department of Employment. HMSO.
5. Jelenc, S. (1996). *ABC izobraževanje odraslih*. Ljubljana: Andragoški center Slovenije.
6. Jereb, E. in Potokar, F. (2003). *Vpliv in vloga televizije na izobraževanje in usposabljanje odraslih v 21. Stoletju*. Kranj: Moderna organizacija.
7. Jereb, J. (1998). *Izobraževanje in usposabljanje kadrov. Management kadrovskih virov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
8. Jereb, J. (1998). *Teoretične osnove izobraževanja*. Kranj: Moderna organizacija.
9. Jereb, J. in Rajkovič, V. (2000). *Uporaba ekspertnega sistema v procesu izbire kadrov*. Organizacija, št. 9.
10. Justinek, A. (2011). *MUNUS 2 – Praktično usposabljanje z delom. Priloga k vodnikom*. Ptuj: Šolski center.
11. Justinek, A. (2011). *MUNUS 2 – Praktično usposabljanje z delom. Vodnik za dijake*. Ptuj: Šolski center.
12. Justinek, A. idr. (2007). *Povezovanje praktičnega izobraževanja v šoli in delovnem procesu*. Ljubljana: Cicero d. o. o.
13. Korunovski, M. (2011). *MUNUS 2 – Praktično usposabljanje z delom. Vodnik za mentorje*. Ptuj: Šolski center.
14. Lipužič, B. (1996). *Izobraževanje na razpotju: znanje za razvoj*. Ljubljana: Modrijan.
15. *Memorandum o vseživljenjskem učenju* (2000). Delovno gradivo. Bruselj: Komisija evropske skupnosti.

16. Mihalič, R. (2006). Management človeškega kapitala. Škofja Loka: Mihalič in Partner d.n.o.
17. Mihelič Zajec, A. in Ramšak Pajk, J. (2006). Značilnosti mentorstva v izobraževanju za zdravstveno nego in babištvo. Ljubljana: Obzornik zdravstvene nege.
18. Možina, S. idr. (1998). Management kadrovskih virov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
19. Mumford, A. (1995). Effective Learning. London: Institute of Personnel and Development.
20. Nacionalna strokovna skupina (2011). Bela knjiga o vzgoji in izobraževanju v RS. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport.
21. Potokar, F. (2003). Analiza strategij izobraževanja odraslih posameznih držav Evropske skupnosti in Slovenije. Zbornik 22. Mednarodne znanstvene konference o razvoju organizacijskih ved, 1.knjiga. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.
22. Rečnik, F. (1999a). Temeljni psiho-socialni dejavniki uspešnega učenja, Pedagoško-andragoško usposabljanje: priročnik za usposabljanje mentorjev. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanja in ZRSS.
23. Senge, P. (1990). The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learnin Organization. London: Doubleday.
24. Slivar, B. (1999). Psihološke osnove, Pedagoško-andragoško usposabljanje: priročnik za usposabljanje mentorjev. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanja in ZRSS.
25. Srednja zdravstvena šola Celje (2011). Informativni bilten za interno uporabo. Celje: Grafika Gracer d.o.o.
26. Strategija vseživljenjskega učenja v Sloveniji (2007). Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport Republike Slovenije v sodelovanju z Javnim zavodom Pedagoški inštitutom.
27. Vukovič, G. in Miglič, G. (2006). Metode usposabljanja kadrov. Kranj: Moderna organizacija v okviru FOV Kranj.
28. Zakon o financiranju vzgoje izobraževanju (2007). Uradni list Republike Slovenije, št. 16.
29. Zakon o poklicnem in strokovnem izobraževanju (2006). Uradni list Republike Slovenije, št. 79.



## Smrt u jedinici intenzivnog liječenja (JIL) – poraz ili pobjeda

UDK 616-083.98-036.8

**KLJUČNE RIJEČI:** umiranje, jedinica intenzivnog liječenja, dostojanstvo

**POVZETEK** - Neki pacijenti u JIL-u se oporave brzo i bez posljedica, neki sporo ili djelomično, a neki nikada. Pacijenti s upitnim oporavkom su često ovisni o mehaničkoj i medikamentoznoj potpori. U njihovo liječenje i njegu uključen je niz zdravstvenih djelatnika koji su educirani za održavanje života, a ne i za kvalitetnu brigu o umirućem pacijentu. Neki imaju osjećaj da je smrt pacijenta njihov osobni neuspjeh. Cilj zdravstvene njege umirućeg pacijenta nije ubrzati ili odgoditi smrt već smanjiti patnju i bol, omogućiti najveću moguću kvalitetu umiranja i očuvati osobni dignitet. Mirnu i dostojanstvenu smrt često zdravstveni djelatnici shvaćaju različito od bolesnika pa to može biti razlog manjkave skrbi. U anketi provedenoj među djelatnicima u JIL-u, koji su se s prvom smrću pacijenta susreli s u prosjeku 21 godinom, oko 50 % njih smatra da bolesnici nemaju ili rijetko imaju dostojanstvenu smrt. Prema njima dostojanstveno umiranje je bez boli i patnje, ne u samoći, uz ispunjenje želja i bez nepotrebnog produžavanja agonije. Pacijenti su im u trenutku smrti najčešće nesvjesni. U svim JIL-ovima postoje protokoli za održavanje života, ali ne postoje protokoli o dostojanstvenom umiranju.

UDK 616-083.98-036.8

**KEY WORDS:** dying, intensive care unit, dignity

**ABSTRACT** - Some patients in the ICU recover quickly and without consequences, some slowly or partially, and some, unfortunately, never. Patients with doubtful recovery are often dependent on mechanical and drug support. Their treatment and care include a number of healthcare professionals trained to support life, but not for quality care of the dying patient. Some feel that the patient's death is their personal failure. The aim of the dying patient's healthcare is not to hasten or postpone death, but to reduce the suffering and pain, enable the highest possible quality of dying and preserve personal dignity. Healthcare workers often understand peaceful and dignified death differently from patients and this may be the reason for the deficient care. In a survey conducted among the ICU staff, who first met with the death of a patient at an average of 21 years, about 50% of them believe that patients never or rarely have a dignified death. Accordingly, a dignified death should be without pain and suffering, not in solitude, with their wishes fulfilled and without unnecessary prolonging of the agony. Their patients are most often unconscious at the moment of death. In all ICUs there are certain protocols to support life, but there are no protocols for a dignified death.

### 1 Uvod

Filozofija umiranja drugačija je od filozofije življenja. O problemu prihvaćanja smrti u različitim kulturama može se govoriti s različitim aspektata. Humanističku dimenziju fenomena smrti i umiranja pomažu nam spoznati discipline kao što su filozofija, teologija, sociologija, psihologija, etika, antropologija i druge. Čovječanstvo se od svojeg postanka usporedo suočava ne samo s fenomenom rađanja i umiranja, već i s pitanjem smisla, svrhe života i smrti općenito, a posebice umiranja i smrti čovjeka.

Jedinica intenzivnog liječenja (JIL) općenito se smatra mjestom gdje se liječe najteže bolesti ili ozljede odnosno ozbiljni i životno ugroženi bolesnici, gdje se uz pomoć tehnologije nadzire, nadomješta ili potpomaže funkcija nekih organa i održava »nor-

malno« funkcioniranje organizma, a sve s ciljem što boljeg oporavka bolesnika. Bolesnici u JIL-u su teški bolesnici od kojih se neki oporave brzo, lako i bez posljedica, ali neki sporo i potpuno ili djelomično, a neki se nikada ne oporave. Djelatnici koji rade u JIL-u usredotočeni na održavanje života, ali ne i na dostojanstveno umiranje. Neki čak imaju osjećaj da je smrt pacijenta njihov osobni neuspjeh, a ne dio bolesti, starosti ili teške ozljede.

Bolesnici s upitnim oporavkom su najčešće teški bolesnici s lošom prognozom, stariji bolesnici ili oni koji imaju teške ozljede (glave, mozga, unutarnjih organa ...), mnogi su bez svijesti i djelomično ili u cijelosti ovisni o mehaničkoj i medikamentoznoj potpori koja ih održava na životu. Najčešći uzroci smrti bolesnika u JIL-u su refraktorni, akutni ili kronični, sindrom višestrukog zatajivanja organa, kardiovaskularno zatajenje, oštećenje središnjeg živčanog sustava, akutni srčani arrest, krajnji stadij maligne bolesti, akutno krvarenje, zatajenje pluća te akutno ili kronično zatajenje jetre (Mayr idr., 2006.) Intenzivno liječenje i medicinska tehnologija su za takve bolesnike često jedini način održavanja života, ali ponekad samo prolongiraju proces umiranja.

Cilj nam je bio ispitati stavove i iskustva djelatnika JIL-a prema smrti bolesnika te njihovu procjenu procesa umiranja i smrti bolesnika u JIL-u.

## 2 Metode

Koristili smo anonimnu dobrovoljnu anketu koja se sastojala od šest skupina pitanja od kojih su neka bila otvorenog, a neka zatvorenog tipa. Ispitanici su bili djelatnici jedinice intenzivnog liječenja u kojoj se zbrinjavaju većinom internistički-kardiološki i neurološki bolesnici. Svima je prije ispunjavanja upitnika razjašnjena svrha prikupljanja podataka. Prva grupa pitanja odnosila se na sociodemografske podatke ispitanika te njihov prvi susret sa smrću. Druga skupina pitanja odnosila se na njihovu procjenu bolesnikovog iskustva na kraju života (ponuđeni odgovori uvijek, često, rijetko, nikad i ne znam). Treća skupina pitanja odnosila se na njihovu procjenu zdravstvene njege i liječenja provedenog na kraju života (ponuđeni odgovori su bili kao za drugu skupinu, ili od 1 do 10 pri čemu 1 odgovara ocjeni »užasno«, a 10 »gotovo savršeno«; ako je odgovor bio »ne znam« tada su zaokružili 0). Četvrta skupina pitanja odnosila se na procjenu zdravstvenih djelatnika o iskustvima bolesnika u trenutku smrti, ponuđeni odgovori kao i za treću skupinu pitanja. Peta skupina pitanja odnosila se na ukupnu ocjenu njege i liječenja (odgovori od 1 do 10 kako je opisano za treću skupinu pitanja). Šesta skupina pitanja odnosila se na mišljenje ispitanika što je dostojanstveno umiranje, kako ga olakšati, utjecaj na privatni život te potrebu edukacije iz tema umiranja (većinom pitanja otvorenog tipa ili ponuđeni odgovori kao za drugu skupinu pitanja). Odgovori na pitanja odražavaju subjektivno mišljenje djelatnika. Anketu je ispunilo 17 djelatnika JIL-a, od toga 5 liječnika i 12 medicinskih sestara (4 srednje stručne spremlje, 7 prvostupnika/ca i 1 diplomirana medicinska sestra/tehničar), većina ispitanika bila je ženskog spola (14 ili 82.4 %). Većina ispitanika (7 ili 41.2 %) je bila starosti između 41 i 50 godina, po troje (17.6 %) je bilo u skupinama od 26 do 30, od

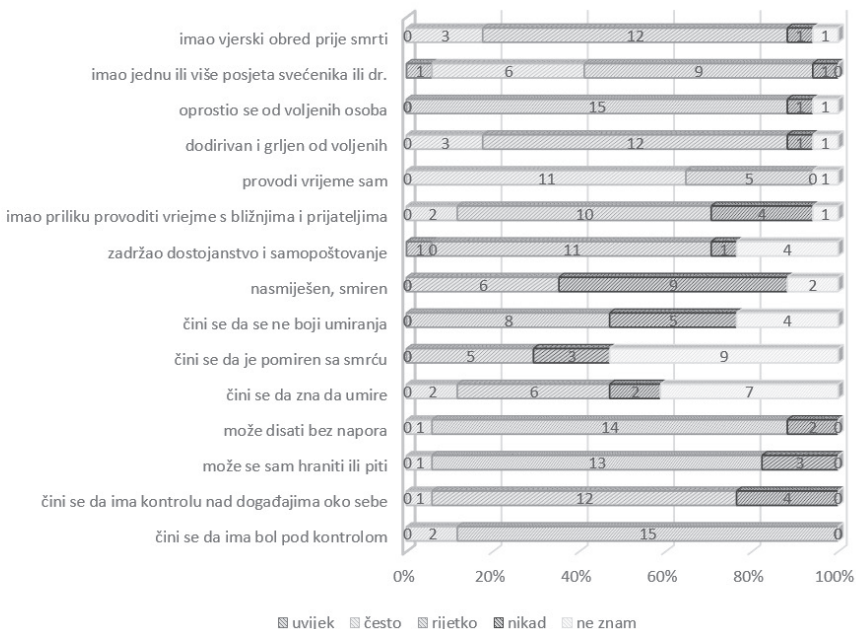
31 do 40 i od 51 do 60 godina, a samo jedan (6 %) ispitanik je bio u dobnoj skupini od 18 do 25 godina. Ispitanici su imali prosječno 19 godina radnog staža (u rasponu od 0.5 do 37 godina), od toga 12.4 godina staža u JIL-u (u rasponu od 0.5 do 25 godina). Dobiveni podaci su analizirani i obrađeni pomoću odgovarajućih statističkih testova.

### 3 Rezultati

Prvi susret sa smrću ispitanici su imali u starosti od 4 do 20 godina, u prosjeku s 12.8 godina, a s prvim umrlim bolesnikom u dobi od 16 do 29 godina, u prosjeku s 21.2 godine pri čemu su se medicinske sestre prvi puta susrele sa smrću bolesnika ranije nego liječnici (18.8 prema 27.8 godina). Većina (70 %) ih rijetko razmišlja o vlastitoj smrti, 18 % često, a 12 % nikad. Prema njihovim odgovorima o razmišljanjima o vlastitoj smrti najvažnije im je da smrt bude bez boli i brza, da umiranje bude dostojanstveno, bez postupaka oživljavanja ako se radi o terminalnoj fazi teške bolesti ili se ne očekuje nikakva kvaliteta života, a često izražavaju brigu za obitelj (djeca, dugovi itd).

Doživljaj bolesnikovog iskustva na kraju života prema mišljenju djelatnika prikazan je u Grafu 1.

Graf 1: Doživljaj bolesnikovog iskustva na kraju života prema mišljenju djelatnika



Izvor: Anketni upitnik, 2015.

Radilo se o bolesnicima koji su većinom rijetko mogli disati bez napora ili sami se hraniti ili piti. Većina bolesnika je nikad ili rijetko zadržala samopoštovanje i dostojanstvo u umiranju, rijetko su imali bol pod kontrolom ili imali kontrolu nad događajima oko

sebe. Bolesnici su prije smrti često vrijeme provodili sami, a većina njih rijetko s bližnjima i voljenima te su se rijetko ili nikad stigli oprostiti od voljenih osoba prije smrti. Nešto češće su imali vjerski obred ili posjetu svećenika prije smrti. Mišljenje je djelatnika da je većina bolesnika koji su umrli rijetko ili nikad bila pomirena sa smrću.

Svi ispitanici su odgovorili da su njihovi bolesnici na kraju života bili uvijek (2 ili 11.8 %) ili često (15 ili 88.2 %) mehanički ventilirani tijekom boravka u JIL-u. Na pitanje misle li da su ti bolesnici bili predugo održavani na životu većina ih je odgovorila da je to bilo često (12 ili 70.6 %), 1 (5.9 %) da je to bilo uvijek, dva (11.8 %) da je to bilo rijetko, a dva (11.8 %) ispitanika su odgovorila da ne znaju. Većinom smatraju da su bolesnici koji su umrli rijetko ili nikad (9 ili 52.9 % i 4 ili 23.5 %) razgovarali o svojim željama za liječenjem na kraju života sa svojim liječnikom ili obitelji. Da su bolesnici uvijek ili često bili odgovarajuće sedirani tijekom boravka u JIL-u smatra 7 (41.2 %) ispitanika, isto toliko ih misli da je to bilo rijetko, a 3 ne znaju. Pri tome su kao najlošiji aspekt doživljaja umirućeg bolesnika ocijenili mehaničku ventilaciju (2.9 na skali od 1 do 10 pri čemu je 1 označeno kao »užasno«, a 10 kao »gotovo savršeno«). Da je u trenutku smrti bolesnik bio nesvjestan ili u komi odgovorilo je 82 % ispitanika, 18 % ih ne zna, a nitko nije odgovorio da su bolesnici bili budni ili spavali u trenutku smrti. Da su bolesnici u trenutku smrti uvijek bili sami odgovorila je gotovo polovica ispitanika (47 %), a da je netko uvijek bio uz njih u trenutku smrti odgovorilo je njih 6 %, njih 12 % je odgovorilo da je u trenutku smrti često netko bio uz bolesnika, a 35 % da je rijetko netko bio uz bolesnike u trenutku smrti. Kada je netko bio uz bolesnika, 57 % odgovora je da se radilo o medicinskom osoblju, a 43 % da se radilo o članovima uže obitelji. Ukupna ocjena kvalitete procesa umiranja bolesnika bila je 4.2 (na skali od 1 do 10 pri čemu je 1 »užasno«, a 10 »gotovo savršeno«). Usprkos tome, zdravstvenu njegu koju je bolesnik primao zadnjih dana života u JIL-u ocijenili su s 8.5 (na skali 1 odgovara »užasno«, a 10 »gotovo savršeno«), a liječenje s 8.2 dok su duhovnu potporu ocijenili sa 6. Na pitanje misle li da ljudi kod njih umiru dostojanstveno njih 12,5 % odgovorilo je »uvijek«, 25,0 % »često«, 43,7 % »rijetko«, 6,3 % »nikad«, a 12,5 % »ne znam«. Pri tom pod dostojanstvenim umiranjem smatraju umiranje bez boli i patnje (8 odgovora); ne sam, uz obitelj (6 odgovora), uz ispunjenje želja (2 odgovora), brzo, bez produženja agonije (2 odgovora). Ono što su najčešće naveli da može olakšati umiranje i smrt je sedacija i ublažavanje boli, uvažavanje i ispunjenje želja bolesnika kada je moguće, prisustvo bližnjih, vjera, humanost, toplina. Ono što im je najteže kad bolesnik dugo umire je gledati patnju i bol bolesnika, ali i obitelji, zatim osjećaj vlastite nemoći, otuđenja.

Niti jedan od ispitanika nije nakon redovitog školovanja imao dodatnu edukaciju iz teme umiranja, kraja života ili palijativne medicine, a čak 94 % njih smatra potrebnim organiziranje trajne edukacije na tu temu.

Na pitanje da li kvaliteta umiranja i smrti njihovih bolesnika utiče na njihov privatni život njih 31 % je odgovorilo da je to često, 44 % da se to rijetko događa, 12,5 % nikad i 12,5 % ne zna. Takav događaj kod njih naknadno izaziva osjećaj tuge i nemoći, strah za starije članove obitelji, razmišljanje o svojim i bolesnikovim postupcima, apatiju, ali i smanjenu osjetljivost za druge, manje »teške« pacijente.

## 4 Rasprava

U liječenje i njegu bolesnika u jedinicama intenzivnog liječenja uključen je niz stručnjaka; medicinske sestre, liječnici, fizioterapeuti i dr. koji su tijekom svog školovanja i rada trenirani/educirani za održavanje života, ali nisu trenirani/educirani za kvalitetnu brigu o umirućem pacijentu. Održavanje bolesnika na životu osjećaju kao svoju moralnu, ali i legalnu obvezu, čak i kada je bolest došla do stadija kada se više ne može očekivati oporavak bolesnika i smrt je neizbježna. Takav pristup liječenju po svaku cijenu doveo je do toga da se u zadnjih dvadesetak godina počelo razgovarati o pojmovima medicinske beskorisnosti (»medical futility«) i terapijske ustrajnosti (»therapeutic perseverance«) koji označavaju provođenje različitih medicinskih intervencija za koje nije vjerojatno da će donijeti bilo kakvu dobrobit bolesniku, koje ne održavaju, poboljšavaju ili vraćaju kvalitetu života, ne dovode do oporavka svijesti, ne olakšavaju patnju, ne popravljaju ishod bolesti ili na bilo koji drugi način koriste bolesniku (Menzes, Selli i Alves, 2009). Provođenje takvih postupaka dovodi do distanzacije – polagane, bolne i nedostojne smrti uslijed podržavanja procesa umiranja beskorisnim liječenjem koje negira ljudsko dostojanstvo (Dobrića-Dintinjana, Redžović, Dintinjana i Belas-Lović, 2015). Takvo liječenje ne produžuje život nego produžuje proces umiranja.

Kao suprotnost pojmu distanzacije javljaju se eleotanzija, koja predstavlja takve postupke liječenja koji dovode do dobre kontrole simptoma, ne dovode do nepotrebnog produžavanja procesa umiranja, daju bolesniku i obitelji osjećaj kontrole i smanjuju teret samoj obitelji (Corke, Silvester i Bellomo, 2010). Sličan je i pojam ortotanzije koji predstavlja dostojanstvenu i pravovremenu smrt, bez skraćivanja, ali i bez nepotrebnog produživanja života koje dovodi do dodatne patnje (Sorta-Bilajac i Šegota, 2010).

Kako bi se izbjeglo liječenje koje ne produljuje život već proces umiranja potrebno je prepoznati trenutak kada poremećaj funkcije organa uslijed kritične bolesti postaje nepopravljiv, kada se ne mogu postići ciljevi liječenja, kada će daljnje održavanje života dovesti do ishoda koji nije u skladu s bolesnikovim vrijednostima i očekivanjima, tada je potrebno bolesniku omogućiti dostojanstveno umiranje (Cook i Roker, 2014). Danas nam usprkos svom napretku medicine još nisu dostupni testovi koji će s potpunom sigurnošću reći kada je nastupio taj trenutak, a postupnici i smjernice te legislativa koja postoji u nekim ustanovama ili zemljama u najboljem slučaju mogu poslužiti samo kao pomoć pri donošenju odluka o daljnjem liječenju, ali ne mogu zamijeniti individualnu prosudbu pri čemu treba uzeti u obzir i želje bolesnika, a pristup svakako treba biti između autoritativnog, paternalističkog u kojem sve odluke donosi liječnik te onog u kojem je naglašena autonomija bolesnika odnosno njegove obitelji i skrbnika (Bagheri, 2008).

U svim JIL-ovima postoje protokoli za održavanje života, ali ne postoje protokoli o dostojanstvenom umiranju. Bolesnici u JIL-u često trpe bol i druge neugodne simptome te ih se agresivno liječi do trenutka smrti, a zadovoljstvo bolesnika kontrolom boli je u JIL-u lošije nego na drugim bolničkim odjelima (Montagnini, Smith i Balistreri, 2012). Pomoći pacijentu da umre zahtjevnije je od pomoći da preživi. Pomoći mu

da dostojanstveno umre podrazumijeva puno više razgovora, podrške i iskustva nego spašavanje života. Početkom dvadesetog stoljeća smrt je bila sastavni, normalan dio života kao i rađanje, u Americi je 1945. većina smrti bila kod kuće, dok je 1980. godine svega 17 % ljudi umrlo kod kuće, a ostali u bolnicama ili ustanovama za produljenu skrb, jedna od pet smrti zbiva se u jedinicama intenzivnog liječenja (Angus idr., 2004). Iz ovoga proizlazi da i društvo sve više zagovara kraj života u ustanovi, daleko od obitelji i nekoga bliskog tko će ih posljednji držati za ruku, utješiti ako ih uhvati strah.

I sama medicinska „tehnologija“ u nekim situacijama postaje barijera za dostojanstveno umiranje. Medicinske sestre se nerijetko nađu u situaciji da više brinu i troše vrijeme na tehnologiju koja održava život pacijenta nego kvalitetnu skrb. Cilj zdravstvene njege umirućeg pacijenta nije ubrzati ili odgoditi smrt već smanjiti patnju i bol, omogućiti najveću moguću kvalitetu umiranja i očuvati osobni dignitet do smrti, omogućiti im prisustvo bliskih osoba. U zdravstvenoj njezi umirućeg pacijenta medicinska sestra ne smije pretpostavljati već treba prepoznavati odnosno dijagnosticirati pacijentove probleme i potrebe. Ukoliko je pacijent pri svijesti treba pažljivo procijeniti bolesnikovo tjelesno i psihičko stanje, uvažavajući njegovu percepciju, ali krajnji cilj procjene mora biti palijativni (Jušić, 1995). Mirno i dostojanstveno umiranje za svakog znači nešto drugo: imati kontrolu, osjećati se ugodno i bez bolova, imati osjećaj ispunjenosti i završetka svih zadataka / odgovornosti, imati povjerenje u zdravstvene djelatnike koji brinu o njima, prepoznati dolazeću smrt, izbjeći neodgovarajuće produljenje umiranja, ostaviti nasljedstvo (ne nužno materijalno), popraviti odnose s voljenim i dragim osobama, afirmacija tj. prepoznavanje vrijednosti osobe koja umire, živjeti život do samoga kraja, poštovati vjeru i uvjerenja, briga za obitelj (Kehl, 2006). Mirnu i dostojanstvenu smrt često obitelj i zdravstveni djelatnici shvaćaju različito od bolesnika pa to može biti razlog manjkave skrbi za bolesnika na umoru. Medicinska sestra mora razviti iznimnu osjetljivost za bolesnikove probleme jer naizgled male stvari mogu za bolesnike biti velike (npr. komunikacija, ugrožena privatnost, neugodan vlastiti miris i dr.). Prisutni su razni strahovi pa bolesnici koji se suočavaju sa smrću mogu imati strah od same smrti, strah od patnje i boli – psihičke, mentalne, socijalne, psihološke, duhovne, strah od gubitka dostojanstva, strah od izolacije i samoće, strah da će biti na teret obitelji ili društvu, strah od smrti kao strah od nepoznatog ili kazne, osjećaj neispunjenosti ili nedovršenosti, brigu o kvaliteti življenja na kraju života, osjećaj krivnje ili žaljenja Goldsteen idr. 2006; (Deeken, 2009).

Medicinska sestra je u dobroj poziciji i da uvidi duhovne potrebe pacijenta i obitelji. Duhovnost je nešto što je često jedna od važnijih stvari u životu čovjeka i treba ju bezuvjetno poštovati. Često se teško bolesnima na njihov ili obiteljski zahtjev šalje predstavnik njihove vjere radi pronalaska mira i olakšanja patnji, a njihov dolazak se ne smije odugovlačiti. Predstavniku vjere treba se dozvoliti da nesmetano dođe toliko puta koliko pacijent, obitelj ili obred zahtjeva.

Kada se priča o smrti i umiranju pacijenta koji su pri svijesti nezaobilazno je spomenuti faze umiranja kroz koja pacijenti prolaze. Njih je opisala dr. Elisabeth Kubler-Ross (1980.) u svojoj knjizi »Razgovori s umirućima«. Bolesnici prema Ross prolaze kroz pet faza od spoznaje do same smrti. Te faze individualno dugo traju i ponekad se

ne mogu oštro razgraničiti. Prva faza odnosi se na nepriznavanje postojanja bolesti i osamljivanje, a u razgovoru s bolesnikom važno je prestati kad on ne želi dalje razgovarati, kad mijenja temu. Druga faza je faza gnjeva kada je bolesnik vrlo težak i obitelji i zdravstvenom osoblju, a njegova se srdžba odnosi na sve. Treća faza je cjenkanje, a kako bolest napreduje i ne dolazi do izlječenja mijenja ju četvrta faza - faza depresije. Na kraju kao peta faza dolazi faza prihvatanja kada bolesnik sudbinu prihvaća bez srdžbe i utučenosti, suočava se s istinom i prihvaća svoje stanje onako kakvo jest.

Na žalost bolesnik u JIL-u nema kada proći te faze umiranja, ne ostavljamo mu prostor da sve prođe, neprestana je buka, svakodnevni novi, često bolni postupci oko njega, često se agresivne terapije provode do samog kraja, obitelj u JIL-u kratko boravi uz pacijenta te možda bolesnik ne uspijeva završiti sve planirane poslove, obaveze i želje, u pravilu obitelj u JIL-u nije prisutna u mnogo situacija uključujući i samu smrt. Ukratko umirućem svjesnom bolesniku treba dozvoliti da završi sve započeto prije smrti i trebalo bi poštovati njegove želje vezane uz umiranje i smrt koliko je to god moguće.

Najviše poteškoća kod psihološke podrške i zdravstvene njega umirućeg bolesnika vezano je uz osobni odnos prema umiranju i smrti. Ako se medicinska sestra jako boji bolesti i teško sebe može zamisliti na bolesnikovu mjestu, imat će više teškoća u komunikaciji i psihičkoj podršci s umirućim bolesnikom nego medicinska sestra koja i za sebe dozvoljava tu mogućnost i koja zna da je smrt prirodni dio života. Briga za umirućeg pacijenta i njegovu obitelj najstresniji je dio posla medicinske sestre, a još je teži ako su osobni stavovi i očekivanja vezana uz umiranje i smrt u neskladu sa stvarnim iskustvom vezanim uz umiranje i smrt pacijenta. Na primjer, ako medicinska sestra sudjeluje u agresivnom liječenju pacijenta za kojeg se sigurno zna da će umrijeti, a njezin stav je pravo na dostojanstvenu smrt onda ona ne može napraviti sve što bi željela i po svojoj savjesti morala napraviti za pacijenta da dostojanstveno umre. Tu se javljaju frustracije i moralne dvojbe koje prelaze u stres i anksioznost medicinske sestre. Dolazi do osjećaja nemoći da se napravi sve za tog pacijenta. Anksioznost (tjeskoba, nervoza, strepnja) je najčešća riječ povezana s medicinskim sestrama koje u JIL-u brinu o umirućem pacijentu. Medicinska sestra može biti anksiozna iz mnogo razloga, jednim djelom radi nedovoljne emocionalne i psihološke potpore, a drugim dijelom radi nemoći nad inzistiranjem da se život održi pod svaku cijenu i preko svih granica.

Zdravstvena njega umirućeg pacijenta nerazdvojna je i od skrbi za članove obitelji i to u razdoblju umiranja i nakon smrti. Slušanje i davanje povratne informacije obitelji o ponašanju i reakcijama, ohrabrivanje, jačaju obitelj i tako joj pomažu da izdrži, istodobno bolesnik je mirniji kad zna da njegova obitelj ima podršku jer se većina umirućih pacijenta brine kako će obitelj prebroditi to teško razdoblje.

Neznanje i neprihvatanje smrti dovodi do stresa i kod djelatnika i kod obitelji te bolesnika ako je pri svijesti. Intenzivna jedinica je sama po sebi zastrašujuće, bučno, neintimno i nefamilijarno okruženje, puno se toga može iznenada dogoditi i obitelj bi trebala na vrijeme i u intimnijem okruženju dobiti realnu i njima razumljivu informaciju o stanju njihovog bližnjeg. Objašnjenja i odgovori na pitanja moraju biti nedvosmisleni i bez medicinske terminologije te im treba ponuditi psihološku potporu

ukoliko je potrebno. Ponekad je bolesnik u stanju samostalno donijeti neke odluke o svršetku svog života, ali i o tome bi obitelj trebala biti obaviještena na vrijeme.

Osnova podrške i pomoći obitelji je učenje o sučeljavanju sa stresom, sudjelovanje u skrbi za umirućeg, proces žalovanja, a sami nismo dovoljno educirani da bi pomogli jer sestre, a ni ostali zdravstveni djelatnici u Hrvatskoj nemaju kontinuiranu obaveznu edukaciju o umiranju i smrti.

## 5 Zaključak

Obzirom na način funkcioniranja zdravstvenog sustava i edukaciju zdravstvenih djelatnika te prioritet očuvanja života nerijetko umirući i teško bolesni mogu biti liječeni do apsurd. Medicinska sestra pri tom je svakodnevno okružena etičkim, moralnim i društvenim dilemama, očekivanjima sredine (bolesnika, liječnika, obitelji) i na kraju objektivnim mogućnostima koje joj stoje na raspolaganju. Na jednoj strani provodi terapijske postupke koje prepisuje liječnik, a s druge strane treba umirućeg bolesnika adekvatno njegovati na posljednjoj dionici njegova života. Treba znati prepoznati trenutak kada bolest dođe u fazu da se ne može očekivati oporavak, kada poremećaj funkcije organa uslijed kritične bolesti postaje nepopravljiv, kada se ne mogu postići ciljevi liječenja i kada će daljnje održavanje života dovesti do ishoda koji nije u skladu s bolesnikovim vrijednostima i očekivanjima, tada je potrebno bolesniku omogućiti dostojanstveno umiranje uvažavajući pri tome faze umiranja, bolesnikove želje te principe i ciljeve zdravstvene njege umirućeg bolesnika, a u svemu tome ne smije se zaboraviti niti njegovu obitelj.

## LITERATURA

1. Angus, D. C., Barnato, A. E., Linde-Zwirble, W. T., Weissfeld, L. A., Watson, R. S. in Rickert, T. idr. (2004). Use of the intensive care at the end of life in the United States; an epidemiologic study. *Critical Care Medicine*, 32, 638–643.
2. Bagheri, A. (2008). Regulating medical futility; neither excessive patient's autonomy nor physician's paternalism. *European Journal of Health Law*, 15, 45–53.
3. Cook, D. in Rucker, G. (2014). Dying with dignity in the intensive care unit, *New England Journal of Medicine*, 370, 2506–2514.
4. Corke, C., Silvester, W. i Bellomo, R. (2010). Avoiding Nosocomial Dysthanasia and Promoting Eleoathanasia *Critical Care and Resuscitation*, 12, 221–222.
5. Deeken, A. (2009). An inquiry about clinical death – considering spiritual pain. *The Keio Journal of Medicine*, 58, 110–119.
6. Dobrila-Dintinjana, R., Redžović, A., Dintinjana, M. i Belac-Lovasić, I. (2015), Distanzacija – naša stvarnost. *Medicina Fluminensis*, 51, 393–395.
7. Goldsteen, M., Houtepen, R., Proot, I. M., Abu-Saad, H. H., Spreeuwenberg, C. i Widdershoven, G. (2006). What is a good death? Terminally ill patients dealing with normative expectations around death and dying. *Patient Education and Counseling*, 64, 378–386.
8. Jušić, A. (1995). Hospicij i palijativna skrb. Zagreb: Hrvatska liga protiv raka i Školska knjiga.
9. Kehl, K. A. (2006). Moving towards peace: An analysis of the concept of good death, *American Journal of Hospital Palliative Care*, 23, 277–286.



10. Kuebler-Ross, E. (1980). *Razgovori s umirućima*. Zagreb: Naklada prevodioca.
11. Mayr, V. D., Dünser, M. W., Greil, V., Jochberger, S., Luckner, G., Ulmer, H. idr. (2006). Causes of death and determinants of outcome in critically ill patients. *Critical Care*, 10, R154.
12. Menezes, M. B., Selli, L. in Alves, J. S.(2009). Dysthanasia: nursing professionals' perception. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17, 443–448.
13. Montagnini, M., Smith, H., Balistrieri, T. (2012). Assessment of self-perceived end-of-life care. Competences of intensive care unit providers. *Journal of Palliative Care*, 15, 29–36.
14. Sorta-Bilajac, I. and Šegota, I. (2010). Is there a death with dignity in today's medicine?, *Journal International de Bioethique*, 21, 149–156.

# Uporabnost regenerativne medicine pri starostnikih

UDK 606:61-053.9

**KLJUČNE BESEDE:** matične celice, starostniki, staranje, klinične študije, biobančništvo

**POVZETEK** - Cilj regenerativne medicine je obnova tkiv in organov ter njihove funkcije; s tem tudi zmanjšanje uporabe zdravil za zdravljenje kroničnih bolezni in obvladovanje bolečine. Tako dosežemo povečanje kakovosti življenja obolelega, ki je z vidika starostnika enako pomembna vrednota kot dolžina življenja. Številne raziskave kažejo, da pri mlajših bolnikih z regenerativno medicino lahko dosežemo boljšo regeneracijo tkiva. Zato se v mnogih kliničnih preskušanjih uporaba regenerativnega zdravljenja omejuje na bolnike, mlajše od 65 let. Številne aplikacije tovrstnega zdravljenja pa so primerne tudi na starejšo populacijo, zlasti za zdravljenje kostno-mišičnih obolenj, kroničnih bolezni itd. Normalno obnovo tkiv človeškega telesa omogočajo matične celice, ki so vse življenje prisotne v številnih tkivih, kjer nadomeščajo celice, odmrle zaradi poškodb in bolezni. Sposobnost regeneracije telesa s starostjo upada, saj se z leti v tkivih manjša tudi število matičnih celic. Možnost shranjevanja lastnih matičnih celic ponuja biobančništvo, s pomočjo katerega lahko matične celice iz mladosti ohranimo za potencialno zdravljenje v starosti.

UDC 606:61-053.9

**KEY WORDS:** stem cells, the elderly, ageing, clinical trials, biobanking

**ABSTRACT** - Regenerative medicine aims to restore tissues and organs and their function; this results also in a reduced use of medications for treatment of chronic diseases and pain management. The goal is to increase the quality of life, which is, from the perspective of the elderly, equally important value as the longevity. Several researches indicate, that a better tissue regeneration can be achieved in younger patients. For this reason, several clinical trials limit the testing of such applications to patients under 65 years of age. However, specific regenerative treatments can be in many cases beneficial for the elderly population as well, especially in terms of treating musculoskeletal disorders, chronic diseases, etc. Stem cells persist throughout life in numerous tissues, replacing cells lost to homeostatic turnover, injury and disease. In general, regenerative potential declines with age, which is related with a fact that the stem cell potential is also affected by ageing. Therefore, biobanking offers a possibility to store one's own stem cells from youth, and preserve them for potential treatments in older age.

## 1 Regenerativna medicina

Regenerativna medicina je veja medicine, ki se ukvarja z obnovo fizioloških funkcij organov in tkiv in pri tem lahko uporablja tudi in vitro gojene celice, metode tkivnega inženirstva, različne naravne rastne dejavnike in druge biotehnoške metode. Regenerativna medicina je odvisna od poznavanja razvojnih poti vseh celic v organizmu, ter od tehnoloških rešitev biotehnologije. Za razliko od drugih vrst zdravljenja, ki ponavadi ne odstranijo vzroka bolezni (zdravljenje z farmacevtskimi preparati in kirurgija), naj bi regenerativna medicina v prihodnje omogočila odpravljanje vzrokov bolezni (Rožman in Jež, 2010). Bistvo regenerativne medicine je diferenciacija matičnih celic v določen tip celic, potrebnih za popravilo poškodovanih ali uničenih celic ali tkiv (NIH Glossary, 2015). Z obnovo poškodovanih tkiv oz. organov naj bi le tem povrnili funkcijo oz. jim vzpostavili normalno delovanje, bolniku pa s tem povrnili kakovost življenja, kot ga je imel pred boleznijo ali poškodbo. S tem pa hkrati posegamo tudi v procese staranja in lahko vplivamo na dolžino življenja.

## 2 Staranje in kakovost življenja

V letu 2000 je bilo na svetu število oseb, starejših od 60 let, 605 milijonov. Predvideva se, da bo to število leta 2050 naraslo na 2 milijardi. Tako bo prvič v zgodovini človeštva populacija starejših nad 60 let številčnejša od populacije otrok (Chop in Robnett, 2010). Staranje populacije se odraža na porastu deleža starejših ljudi in temelji na treh verjetnih vzrokih: migraciji, daljši življenjski dobi in zmanjšanju rodnosti. Zaradi boljšega zdravstvenega varstva, spremenjenega načina življenja in izboljšanja socialnih pogojev se je v zadnjih desetletjih v večini evropskih držav življenjska doba podaljšala. Stopnja rodnosti pa še nikoli ni bila tako nizka, upadanje pa tako hitro in dolgotrajno (Meden Vrtovec, 2011). V zadnjih desetletjih se je kakovost življenja v primerjavi z našimi predniki izboljšala, umrljivost zmanjšala, upadlo pa je tudi število rojstev. Zaradi tega v Sloveniji in drugod narašča število starejših, v naslednjih letih pa se bo število še povečevalo (Jurdana, 2011). Staranje pogosto spremljajo številne zdravstvene težave, kronične bolezni in invalidnost, ki vplivajo na upadanje duševnih in telesnih sposobnosti. Spreminjajo se čustva, motivacija in celotna osebnost. Zmanjša se sposobnost samooskrbe, poveča se odvisnost od okolice. Povečuje pa se tudi potreba po zdravstvenem varstvu (Čuk, 2011).

Kako starostniki prispevajo h kakovosti svojega življenja, je veliko odvisno od njih samih, njihove osebne zaznave in ranljivosti, izkušenj, prepričanj, ki so si jih izoblikovali v življenju, od njihovega psihičnega in fizičnega zdravja ter okoliščin v katerih živijo (Imperl, 2012).

Staranje je proces, ki se začne takoj po rojstvu, saj se celice, ki gradijo naše telo, v času zgodnjega razvoja zelo hitro delijo. V času našega življenja se obnavljajo, kar upočasnjuje proces staranja. Posledica staranja so tudi degenerativne spremembe, oslavljen je imunski sistem, kar pri starejših predstavlja vzrok za številne infekcije in bolezni. Na proces staranja vplivajo tudi genetski in okoljski dejavniki ter različne bolezni. Biološki dejavniki staranja se kažejo na ravni celic, tkiv in samega organizma, kot sivenje las, plešavost predvsem pri moških, gubanje kože, menopavza pri ženskah, manjša telesna in duševna zmogljivost. Opisani znaki staranja, se začnejo kazati pri posamezniku različno zgodaj in na različne načine. (Jurdana, 2011) S starostjo upada zmožnost prilagajanja organizma, pride pa tudi do zmanjšanja intenzivnosti življenjskih funkcij. Fiziološki proces staranja spremljajo različne bolezni, katere so vzrok, da človek vedno ne doživi svoje biološke dolžine življenja. Zato iskanje vzrokov staranja in celičnih mehanizmov, ki so povezani s slabšanjem fizioloških procesov, znanstvenikom še danes predstavljajo zelo velik izziv (Cijan in Cijan, 2003).

## 3 Matične celice in staranje ter uporaba celičnih zdravljenj pri starejših

Odrasle ali somatske matične celice predstavljajo maloštevilno populacijo dolgoživih matičnih celic, ki se nahajajo v nediferenciranem stanju v vseh diferenciranih odraslih tkivih in katerih funkcija je ključnega pomena za ohranitev homeostaze tkiva in

za ustrezno rast in regeneracijo po poškodbi ali bolezni. Iz tega izhaja domneva, da je staranje organizma v veliki meri neposredna posledica izgube funkcije matičnih celic. (Rando, 2006) Matične celice se ohranjajo v človeških tkivih vse življenje in nadomeščajo celice, ki propadajo zaradi normalne obnove tkiv, poškodb ali bolezni. Ni povsem jasno, kako je staranje povezano s številom matičnih celic v tkivih. Ob študijah, ki ugotavljajo, da funkcija matičnih celic v tkivih kot so kri, možgani, skeletne mišice, koža ... upada s starostjo in se število matičnih celic v tkivih manjša (Singer in Morrison, 2013; Sousa-Victor idr., 2014; Abkowitz idr. 2002), nekatere študije kažejo, da se vsaj v nekaterih tkivih število matičnih celic ohranja (Formicola idr., 2014; Duscher idr., 2014).

Študija Sousa-Victor idr. (2014) je pokazala, da je obstoj satelitnih celic v mišicah (t.j. mišičnih matičnih celic) odvisen od regulacije genov, ki povzročajo staranje celic. Domnevajo, da je ta regulacija odvisna od fizioloških procesov, ki vplivajo na staranje na nivoju celotnega organizma. Ti fiziološki procesi pa so odvisni od številnih dejavnikov; ena od hipotez je, da na ohranjanje matičnih celic v tkivih vpliva tudi fizična aktivnost (ClinicalTrials.gov, NCT00690183).

Upadanje števila matičnih celic je pokazala tudi študija Holstege idr. (2014), ki je proučevala krvne celice 115 letne gospe. Z analizo somatskih mutacij so ugotovili, da so bele krvničke v njeni periferni krvi potomke le dveh klonov matičnih celic. Celice v krvi odraslega človeka so sicer potomke 10,000–20,000 hematopoetskih matičnih celic (Abkowitz idr., 2002).

Številne študije pa upadanja števila (predvsem mezenhimskih) matičnih celic v tkivih s starostjo niso potrdile. Tako so Formicola idr. (2014) ugotovili, da na populacijo matičnih celic v zunanjih očesnih mišicah starost in bolezen ne vplivata. Tudi Marolt idr. (2014) pri analizi izplena klonogenih celic iz alveolarne kosti pri 20 bolnikih, starih med 30 in 75 let, niso ugotovili povezave med številom izoliranih celic in starostjo donorjev tkiva. Duscher idr. (2014) so proučevali matične celice v maščobnem tkivu in ugotovili, da staranje ne vpliva na število teh mezenhimskih matičnih celic in tudi ne na njihovo viabilnost in sposobnost pomnoževanja. Dokazali pa so zmanjšano funkcionalnost teh celic, zlasti v smislu sposobnosti tvorbe žil (in vitro in in vivo). Ugotovili so namreč, da se kaže primanjkljaj v subpopulaciji mezenhimskih matičnih celic, ki izražajo markerje žilnih celic. S tem je povezana tudi sposobnost celjenja ran, ki se s starostjo zmanjšuje.

Številna regenerativna zdravljenja temeljijo na uporabi avtolognih (bolnikovih lastnih) matičnih celic. Glede na podatke o upadanju števila le-teh s starostjo, je omejena uporaba teh pristopov pri starejših bolnikih razumljiva. Ker naj bi tudi zdravljenja z vsaditvijo alogenskih matičnih celic (matičnih celic drugega dajalca) v velikem delu učinkovala preko parakrinega delovanja in stimulacije obstoječih matičnih celic v tkivih bolnika, je pomembna prisotnost in funkcionalnost matičnih celic tudi pri bolnikih, ki so vključeni v klinične študije za zdravljenje z alogenskimi matičnimi celicami.

Pri pregledu kliničnih študij baze ClinicalTrials.gov lahko ugotovimo, da študije, ki uporabljajo matične celice za namen regeneracije hrustanca večinoma omejujejo starost bolnikov na 50 let (ClinicalTrials.gov: NCT01076673, NCT01503970,

NCT01947374 ...) Podobno starostno omejitve predvidevajo študije obnove hrbtenjače (ClinicalTrials.gov: NCT01325103, NCT02326662 ...) Študije zdravljenja odpovedi srčne mišice manj omejujejo starost bolnikov, saj je vključitveni kriterij starost do 75 ali 80 let (ClinicalTrials.gov: NCT00981006, NCT02501811, NCT01758406, NCT01467232, NCT00474461 ...). Tudi klinične študije za obnovo kosti vključujejo bolnike do starosti 75 oz. 80 let (ClinicalTrials.gov: NCT01206179, NCT01065337)

## 4 Shranjevanje celic za avtologno uporabo (biobančništvo)

Glede na dejstvo, da se število matičnih celic v telesu s starostjo zmanjšuje, biobančništvo ponuja možnost shranjevanja lastnih matičnih celic, s čimer jih ohranimo za potencialno zdravljenje v starosti. Shraniti je mogoče matične celice iz različnih tkiv, kot primerni viri matičnih celic za shranjevanje so predvsem popkovnična kri, popkovnica, maščobno tkivo in kostni mozeg (Harris, 2014).

V zadnjih dveh desetletjih se je uveljavilo shranjevanje matičnih celic iz popkovnične krvi, ki je bogata zlasti s krvotvornimi celicami, in se že uspešno uporablja za zdravljenje. Čeprav se za zdravljenje uporabljajo pretežno alogenske matične celice popkovnične krvi, pa se možnosti uporabe širijo in dajejo obete tudi za avtologno uporabo pri številnih boleznih. Popkovnična kri pa vsebuje malo mezenhinskih matičnih celic, ki se uporabljajo za obnovo strukturnih tkiv. Le te so v večjem številu prisotne v popkovnici, ki je enako kot popkovnična kri zelo lahko dostopno tkivo za biobančništvo, saj ga dobimo ob porodu in za to ni potrebno nobenega invazivnega postopka.

V odrasli dobi lahko matične celice v večjem številu (zadostnem za potencialno zdravljenje) pridobimo predvsem iz kostnega mozga in maščobnega tkiva. Zaradi lažje dostopnosti maščobnega tkiva se uveljavlja tudi biobančništvo matičnih celic maščobnega tkiva (ang. adipose stem cells).

Harris (2014) v preglednem članku primerja uporabnost različnih virov matičnih celic in dejavnike, ki vplivajo na biobančništvo le-teh. Glede na stanje tehnologije v tem času avtor največji potencial pripisuje matičnim celicam iz maščobnega tkiva, tako zaradi njihovega diferenciacijskega in regenerativnega potenciala kot tudi zaradi lahke dostopnosti tkiva in možnosti pridobitve tkiva v odrasli dobi.

## 5 Sklep

Raziskave matičnih celic v odraslih tkivih odpirajo nove možnosti za regenerativno medicino. Hkrati pa ugotovitve o funkcionalnih spremembah matičnih celic pri starejših, ki jih navajajo Duscher idr. (2014) sprožajo pomisleke o primernosti uporabe mezenhinskih matičnih celic starejših bolnikov. S starostjo povezane spremembe matičnih celic namreč zmanjšujejo njihov terapevtski potencial, ne glede na to, da jih lahko pridobimo v zadostnem številu. Nova spoznanja pomembno vplivajo na odločitve o izbiri ustreznih virov celic za posamezne terapevtske indikacije (avtologne

vs. alogene; matične celice iz tkiv odraslih vs. matične celice obporodnih tkiv) ter na razvoj biobank matičnih celic.

## LITERATURA

1. Abkowitz, J. L., Catlin, S. N., McCallie, M. T., Guttorp, P. (2002). Evidence that the number of hematopoietic stem cells per animal is conserved in mammals. *Blood*, 100 (7), 2665–2667.
2. Chop, C. W. in Robnett, H. R. (2010). *Gerontology for the health care professional*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
3. Cijan, R. in Cijan, V. (2003). *Zdravstveni, socialni in pravni vidiki starostnikov*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
4. ClinicalTrials.gov. Identifier:NCT00690183. Relationship Between Physical Activity and Stem Cells in Older Adults. Pridobljeno 15. 12. 2015, s <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00690183?term=stem+cells+AND+ageing&rank=4>.
5. ClinicalTrials.gov. Pridobljeno 15. 12. 2015, s <https://clinicaltrials.gov/ct2/search>.
6. Čuk, V. (2011). Celostna obravnava starostnika z duševno motnjo. V M. Jurdana, T. Poklar Vatovec in M. Peršolja Černe (ur.), *Razsežnosti kakovostnega staranja* (str. 179–197). Koper: Univerzitetna založba Annales.
7. Duscher, D., Rennert, R. C., Januszzyk, M., Anghel, E., Maan, Z. N., Whittam, A. J., idr. (2014). Aging disrupts cell subpopulation dynamics and diminishes the function of mesenchymal stem cells. *Sci Rep.*, 4, 7144.
8. Formicola, L., Marazzi, G. in Sassoon, D. A. (2014). The extraocular muscle stem cell niche is resistant to ageing and disease. *Front Aging Neurosci*, 6, 328.
9. Harris, D. T. (2014). Stem Cell Banking for Regenerative and Personalized Medicine. *Biomedicine*, 2 (1), 50–79.
10. 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.
11. Imperl, F. (2012). *Kakovost oskrbe starejših-izziv za prihodnost*. Logatec: Firis Imperl & Co. D.n.o.
12. Jurdana, M. (2011). *Staranje*. V M. Jurdana, T. Poklar Vatovec in P. Č. Melita (ur.), *Razsežnosti kakovostnega staranja*. Koper, Ljubljana: Univerzitetna založba Annales.
13. Marolt, D., Rode, M., Kregar-Velikonja, N., Jeras, M., Knezevic, M. (2014). Primary human alveolar bone cells isolated from tissue samples acquired at periodontal surgeries exhibit sustained proliferation and retain osteogenic phenotype during in vitro expansion. *PLoS One*, 9 (3), 1–10.
14. Meden Vrtovec, H. (2011). *Staranje ženske populacije*. V Z. Tičar, J. Ramovš, R. Medved, (eds.), *Zbornik referatov Problemska konferenca Geriatrija in zdravstvena gerontologija v slovenskem prostoru*; 2011 sep 15; Brdo. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
15. NIH Glossary, National institute of health, 2015. Pridobljeno 15. 12. 2015, s <http://stemcells.nih.gov/glossary/Pages/Default.aspx#regenmedicine>.
16. Rando, T. A. (2006). Stem cells, ageing and the quest for immortality. *Nature* 29, 441 (7097), 1080–1086.
17. Rožman, P. in Jež, M. (2010). *Matične celice in napredno zdravljenje (zdravljenje s celicami, gensko zdravljenje in tkivno inženirstvo) - Pojmovnik*. Društvo za celično in tkivno inženirstvo Slovenije Ljubljana. Pridobljeno 15. 12. 2015, s [http://www.dctis.si/wp-content/uploads/2014/02/SC\\_slovarcek\\_SLO20.pdf](http://www.dctis.si/wp-content/uploads/2014/02/SC_slovarcek_SLO20.pdf).
18. 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.
19. Sousa-Victor, P., Perdiguero, E. and Muñoz-Cánoves, P. (2014). Geroconversion of aged muscle stem cells under regenerative pressure. *Cell Cycle*, 13 (20), 3183–3190.

# Obravnava starostnika z zlomom kolka v nujni medicinski pomoči

UDK 616-083.98-053.9

**KLJUČNE BESEDE:** starostniki, zlomi, kolk, imobilizacija, nujna medicinska pomoč

**POVZETEK** - Kolčni sklep je sklep med glavo stegenice in sklepno ponvico (acetabulumom) kolčnice, ki ju povezuje hrustančni labrum acetabulare. Pod pojmom zlom kolka razumemo zlome proksimalnega dela stegenice, ki jih delimo na znotraj sklepne in izvensklepne. Med poškodbami starejše najbolj ogrožajo padci in s starostjo se povečuje tudi njihova verjetnost. Poglavitni vzrok zlomov pri starejši populaciji je zmanjšana trdnost kosti. Pri starostniku zlom kolka pomeni hudo poškodbo, ki ga življenjsko ogroža, saj je splošna umrljivost v prvem letu po poškodbi kolka med 15 in 36 %. Zadnjih nekaj let število poškodovanih starejših oseb narašča tudi zaradi daljšanja življenjske dobe. Že ob prvem stiku z ekipo nujne medicinske pomoči na verjetni zlom kolka opozori bolečina v predelu medenice, kolka ali kolena. Poškodovana noga je pogosto, vendar ne vedno, zavita navzven ter krajša od nepoškodovane. Ekipe nujne medicinske pomoči pri svojem delu s poškodovano osebo uporabljajo celovit pristop po sodobnih algoritmihi. Delo je usmerjeno v uporabo sodobnih in pravilno izbranih imobilizacijskih pripomočkov, ki poškodovani osebi zmanjšajo bolečine že na mestu dogodka in med prevozom v bolnišnico.

UDC 616-083.98-053.9

**KEY WORDS:** elderly, hip fracture, immobilisation, emergency medical service

**ABSTRACT** - Hip joint is the joint between the femoral head and the cup-shaped socket (acetabulum), connected by the cartilage labrum acetabulare. The concept of hip fracture is understood as a fracture of the proximal part of the femur, divided into intracapsular, intertrochanteric and sub trochanteric fracture. Among the common injuries of the elderly, the most threatening events are falls, the probability of which is increasing with age. The main cause of fractures in the elderly population is a reduced bone strength. The hip fracture of an elderly person is considered a serious life-threatening injury, because the overall mortality during the first year after the fracture is between 15-36%. In the last few years, however, the number of injuries of the elderly is also rising because of their longer life expectancy. In the first contact with the emergency medical team, the probable fracture is indicated by a pain in the pelvic area, hip or knee. The injured leg is often, but not always rotated outwards and shorter than the intact leg. The emergency medical teams are using modern algorithms - approaches to the damaged person, allowing a comprehensive approach. The focus is on the use of modern and correct immobilisation devices which facilitate the pain of the injured at the accident site and during transportation to the appropriate hospital.

## 1 Uvod

Kolčni sklep je sklep med glavo stegenice in sklepno ponvico (acetabulumom) kolčnice, ki jo povezuje hrustančni labrum acetabulare. Sklepna ovojnica je široka, vendar čvrsta, z močnimi vezmi (iliofemoralna, ishiofemoralna in pubofemoralna vez). Znotraj sklepa je vez, ki veže glavo stegenice in kolčnično sklepno ponvico (acetabulum). V njej je drobna arterija, ki oskrbuje del glave stegenice. Sklep je po mehaniki kroglast s številnimi osmi, vendar z omejeno gibljivostjo (enarthrosis spheroida) (Dahmane, 1998).

Pod pojmom zlom kolka razumemo zlome proksimalnega dela stegenice. Razlikujemo dve skupini tovrstnih zlomov, in sicer znotraj sklepne - intrakapsularne (zlom

glavice stegenice in zlom vratu stegenice) in izvensklepne - ekstrakapsularne (per-trohanterni zlom, intertrohanterni zlom, subtrohanterni zlom) (Horvat, 2007). Za zlom kolka je značilno, da je poškodovana noga navadno zvrnjena navzven in krajša. Pri starejših osebah otekline skorajda ni (za zlom je zadostovala manjša sila, zato ni večje poškodbe mehkih tkiv ali krvavitve). Zaradi oživčenja z obturatornim živcem se bolečina velikokrat prenaša v predel kolena, tako da šele natančen pregled pokaže dejansko mesto poškodbe (Herman, 2006).

## 2 Incidenca ter morbidnost

Delež stare populacije se bo v obdobju od 2010 do 2030 povečal za več kot eno tretjino, v naslednjih 10.ih letih pa še za več kot dvakrat. V tem obdobju se bo delež starih nad 80 let povečal za 57 % (Strategija varstva starejših, 2007). Zavedati se moramo, da sodimo Slovenci z demografskega vidika med stare narode, saj smo že pred časom imeli v povprečju celotne populacije 10 % starejših nad 65 let; po Eurostatu iz leta 2010 pa smo dosegli že nivo 17,4 % na celotno populacijo (Kump in Jelenc Krašovec, 2009).

Med poškodbami starejše najbolj ogrožajo padci in z naraščajočo starostjo se povečuje tudi njihova verjetnost. Čeprav jih večina mine brez zdravstvenih posledic, so padci najpogostejši vzrok za zlome, kirurške obravnave in bolnišnično zdravljenje. Največ se jih pripeti v domačem okolju, kjer so povezan tudi z največjim deležem smrtnosti. Vsak padelec v starosti je posledica medsebojnih prepletanj staranja, bolezni in zunanjih vzrokov. Posledice so lahko poslabšanje zdravstvenega stanja, zmanjšanje samostojnosti in izguba samozaupanja (Voljić, 2011). Poglavitni vzrok zlomov pri starejši populaciji je zmanjšana trdnost kosti (gostota in kakovost) in tudi povečano tveganje za padce (Zupančič, 2003). Pri starostniku zlom kolka pomeni hudo poškodbo, ki ga življenjsko ogroža. Zadnjih nekaj let število poškodovanih starejših oseb narašča tudi zato, ker je njihova življenjska doba daljša, pri starostnikih z demenco so poškodbe pogostejše kot pri drugih starejših pacientih. Verjetnost padca je zelo velika, ko se starostnik zbudi sredi noči in v temi pod vplivom uspaval išče pot do sanitarij ali drugih delov stanovanja (Čekon, Lipnik in Vravnek, 2009). Število zlomov kolka s starostjo narašča in se podvoji vsakih 5 do 6 let v starostnem obdobju nad 60 let, medtem ko je število zlomov kolka v starosti nad 85 let v upadu (Kim, Meehan, Blumenfeld in Szabo, 2012). Skoraj polovica zlomov se pojavi pri starejših od 80 let. Omenjena poškodba je v mladosti redka in je običajno posledica delovanja močnih sil oziroma sekundarna zaradi kostne patologije (Davenport, 2014).

Spošna umrljivost pri zlomu kolka se giblje med 15 in 20 %, pri starejših osebah pa se lahko povzpne na 36 % v prvem letu po poškodbi. Najbolj kritičnih je seveda prvih nekaj mesecev po nastanku zloma kolka. Po enem letu po poškodbi se umrljivost vrne na enako stopnjo glede na spol in starost oseb, ki omenjene poškodbe niso utrpeli. Pri bolnikih, kjer je bila operacija opravljena dva dni ali več po zlomu kolka, imajo 17 % višjo umrljivost v prvem mesecu po poškodbi (Radcliff idr., 2008).



### 3 Prehospitalna obravnava starostnika s sumom na zlom kolka

Očividci, največkrat so to svojci ali skrbniki v določenih primerih pa poškodovana oseba sama, pokliče nujno medicinsko pomoč na telefonsko številko 112 ali na stacionarni telefon ekipe nujne medicinske pomoči. Dispečer, ki sprejme klic, že po telefonu poda ustrezne informacije kličočemu kako naj ukrepa v danem primeru.

Laharnar, Slabe in Herman (2011) v svojem prispevku poročajo o nudenju prve pomoči pri zlomu kolka pred prihodom ekipe nujne medicinske pomoči. V primeru, da ud ni imobiliziran, poškodovanca ne premikamo in ga ne premeščamo, razen če je to nujno za reševanje njegovega življenja. Imobilizacija je še zlasti pomembna, kadar je za prihod ekipe nujne medicinske pomoči (NMP) predvidoma potrebno več časa. Pri dajanju prve pomoči (PP) poškodovancu upoštevamo splošne napotke za PP, in sicer: zagotovimo varnost, se mu predstavimo in naredimo prvi pregled. Ob ugotovitvi poškodbe mu pojasnimo nadaljnje ukrepe. S tem ga do neke mere pomirimo in pridobimo njegovo sodelovanje. Če ima v predelu zloma odprto rano, jo najprej oskrbimo, šele nato ud imobiliziramo. V okviru PP lahko prelom vratu stegenice zasilno imobiliziramo tako, da poškodovano nogo pričvrstimo ob zdravo z dvema rutama. Med kolena in gležnji noge mehko založimo. Z dvema široko zloženima trikotnima rutama (ali drugim priročnim materialom, na primer s šalom, povojem) pričvrstimo poškodovano nogo ob zdravo, to je s prvo ruto v obliki osmice zvežemo skupaj obe stopali, z drugo povežemo preko obeh kolen.

Po podanih informacijah dispečer obvesti urgentnega zdravnika in v dogovoru z njim na kraj dogodka v večini primerov napoti ekipo za nujne reševalne prevoze v sestavi zdravstveni tehnik – voznik in diplomirani zdravstvenik – spremljevalec. Ob prihodu ekipe NMP na kraj intervencije vedno upoštevamo sledeča navodila:

- uporabljamo zaščitna sredstva (rokavice, maska, očala, po potrebi čelada),
- preverimo, ali je mesto dogodka varno,
- s seboj vzamemo vso potrebno opremo, s čimer preprečimo nepotrebno izgubljanje časa,
- na podlagi mehanizma poškodbe ocenimo, ali oseba potrebuje hitri travmatološki pregled celotnega telesa oziroma ali potrebuje samo usmerjeni pregled.

Poškodovanemu starostniku se vedno približamo iz njegove vidne smeri, nakar se mu predstavimo in mu razložimo, da mu želimo pomagati. Vprašamo ga kaj se je zgodilo. Če pacient odgovori smiselno, lahko smatramo, da je njegova dihalna pot sproščena, dihanje in pulz prisotna ter zavest bistra. V primeru, da pacient ne odgovori na naše vprašanje, ga ocenimo po AVPU lestvici (Alert, Verbal stimuli, Painful stimuli, Unresponsive) in ponovno preverimo njegovo dihanje in ocenimo cirkulacijo. Življenjsko ogrožujoča stanja (obstrukcija dihalne poti, odsotnost cirkulacije, življenjsko ogrožujoče krvavitve) prednostno oskrbimo. Poškodovanega starostnika pregledamo od glave do konca spodnjih okončin po sistemu hitrega travmatološkega pregleda (ITLS Primary Survey).

Mnogo starostnikov uživa številna zdravila, ki vplivajo na sposobnost prilagajanja telesa na poškodbo. Antikoagulantna zdravila lahko podaljšajo čas krvavitve. Antihipertenzivna zdravila in periferni vazodilatatorji vplivajo na zmožnost krčenja žil pri pojavu hipovolemije. Beta blokatorji zavirajo zmožnost srca, da v primeru hipovolemičnega šoka le to pospeši svoj utrip (Campbell, 2014). Pozorni smo na morebitne skrite krvavitve, ki pa so pri izolirani poškodbi kolka redke.

Na terenu poškodovanega starostnika pogosto najdemo ležečega, sedečega in redko stoječega. Po navadi se nahaja v majhnem prostoru (kopalnica, ob postelji, hodnik), kar ekipi NMP še dodatno otežuje tako pregled kot imobilizacijo poškodovanca.

Že ob prvem stiku urgentno ekipo na verjeten zlom kolka opozori bolečina v predelu medenice, kolka ali kolena. Poškodovana noga je pogosto, vendar ne vedno rotirana navzven ter krajša od nepoškodovane. Bolečina pri zlomu kolka je po navadi s strani starostnika dobro tolerirana, včasih ignorirana ali celo zanikana (Campbell, 2014). Za zmanjšanje bolečin poškodovanec dobi protibolečinsko terapijo, vendar ne aspirina ali ostalih nesteroidnih protivnetnih zdravil, saj vplivajo na strjevanje krvi in celjenje kosti. Pri akutni poškodbi je smiselno dati sredstvo iz skupine opiatov (Herman, 2006).

Cilj ekipe nujne medicinske pomoči je usmerjen v hitro imobilizacijo poškodovanega starostnika. Izogibamo se vsem nepotrebni gibom, premikanju, ki bi starostniku povzročali dodatno bolečino. Na terenu reševalne ekipe za imobilizacijo celotnega telesa uporabljajo zajemalna nosila, saj omogočajo, da poškodovano osebo, ki leži na tleh, zajamemo, in jo s tem ne premikajo po nepotrebni. Prav tako so zajemalna nosila namenjena prenosu poškodovanega pacienta iz težje dostopnih prostorov (zaviti hodnik, strma stopnišča) v reševalno vozilo. Če so zajemalna nosila narejena iz umetnih materialov omogočajo izvedbo RTG slikanja, tako da lahko poškodovanec ostane imobiliziran na njih.

Po navedbah Prestor (2006) lahko daljše ležanje na zajemalnih nosilih prispeva k nastanku ran zaradi pritiska – vpliv se ob upoštevanju previdnostnih ukrepov (odstranitev predmetov iz žepov, ravnanje gub oblačil) močno zmanjša. Zrim (2007) navaja, da se pri starostniku zmanjša mišična masa, periferna cirkulacija je slabša, koža je tanjša in neelastična, podkožnega maščevja je manj. Zaradi vseh teh lastnosti je veliko večja verjetnost, da bo prišlo pri starostniku v zelo kratkem času do razvoja razjede zaradi pritiska (RZP); še posebej, če leži negibno na trdi podlagi.

Po končani oskrbi poškodovanega starostnika in prenosa v reševalno vozilo se pričnejo priprave na transport v lokalno bolnišnico. Upoštevati je potrebno, da poškodovani pacient v skladu z American College of Surgeons Committee on Trauma (ATLS) ne sme biti več kot 2 uri na zajemalnih nosilih, zato je potrebno razmisliti o alternativni možnosti imobilizacije - vakuumski blazini. Le ta je izdelana iz umetnega materiala in napolnjena s kroglicami. Kroglice lahko ležijo prosto v blazini, lahko pa so enakomerno razporejene po prekatih, kar izboljša učinkovitost imobilizacije. Ena od pozitivnih lastnosti vakuumske blazine je ta, da je udobnejša od rigidnih imobilizacijskih sredstev, se popolnoma prilagodi obliki telesa in je mehkejša (Kešpert, 2006). Luscombe in Williams (2003) ugotavljata, da vakuumska blazina izredno zmanjša vmesni sakralni pritisk v primerjavi z dolgo desko, kar posledično zmanjša mož-

nost nastanka RZP. Zlom kolka na terenu nikoli ne oskrbimo s trakcijsko opornico (Campbell, 2014).

Prevoz pacienta v bolnišnico poteka obzirno, brez naglih pospeševanj oziroma zaviranj. Med vožnjo neprestano nadziramo stanje pacienta. Pozorni moramo biti na možnost bruhanja pacienta, zato ga nikoli ne puščamo imobiliziranega brez nadzora, ker se v primeru bruhanja sam ne bo mogel obrniti na bok in si zagotoviti proste dihalne poti, namreč obstrukcija dihalne poti z izbruhano vsebino lahko vodi v zadušitev in posledični srčni zastoj. Pacienta predamo zdravniku in/ali medicinski sestri oziroma zdravstvenemu tehniku. Kadar je v reševalnem timu zdravnik, le ta preda pacienta zdravniku specialistu, mi pa medicinski sestri. Predajo pacienta je ustna in pisna. Kolegici ali kolegu opišemo dogodek, poškodbe in vitalne funkcije pacienta, opišemo vse posebnosti, predamo ustrezno poročilo o intervenciji, tj. poročilo o reševalnem prevozu, kjer so vsi postopki tudi zapisani oziroma dokumentirani. Medicinska sestra ali zdravstveni tehnik, ki bolnika sprejme, se na obrazec podpiše in s tem potrdi prevzem pacienta ter njegovo opisano stanje. Kadar je vodja tima zdravnik, le ta preda pisno poročilo (Protokol nujne intervencije) (Posavec, Levin in Gros, 2003).

## 4 Metode

Namen prispevka je bil preučiti obravnavo starostnika z zlomom kolka v nujni medicinski pomoči, cilj raziskave pa ugotoviti, koliko starostnikov je utrpelo zlom kolka, na katerem mestu najpogosteje nastane zlom kolka, v katerem letnem času je omenjena poškodba najpogostejša in nazadnje kakšna je morbidnost poškodovancev na področju, ki ga pokriva ekipa nujne medicinske pomoči ene izmed zdravstvenih domov.

Za namen raziskave smo si postavili sledeča raziskovalna vprašanja:

*RV1:* Koliko pacientov je obravnavala ekipa nujne medicinske pomoči z zlomom kolka?

*RV2:* Na katerem mestu najpogosteje nastane zlom kolka?

*RV3:* V katerem letnem času je zlom kolka najbolj pogost?

*RV4:* Kakšno je povprečno preživetje starostnikov z zlomom kolka na področju X?

Pri pripravi prispevka smo uporabili deskriptivno oziroma opisno metodo dela s pregledom domače in tuje literature, ki smo jo iskali v podatkovnih bazah COBISS, CINAHL, Pubmed, MEDLINE. Uporabili smo naslednje ključne besede: starostnik (angl. elderly), zlom kolka (angl. hip fracture), imobilizacija (ang. immobilization), nujna medicinska pomoč (angl. emergency medical service). Empirični del je izveden s pomočjo kvantitativne tehnike zbiranja podatkov, to je z analizo dokumentov internih protokolov.

V raziskavi smo analizirali 136 internih protokolov, poročil o hišnih obiskih v obdobju od 1. 1. 2010 do vključno 31. 8. 2015. Poročilo o hišnem obisku vključuje sledeče podatke: ime in priimek pacienta, starost, ukrepi ekipe NMP na terenu in MKB diagnozo (mednarodno klasifikacijo bolezni in sorodstvenih zdravstvenih problemov za

statistične namene). Naknadno smo za vse zajete paciente v raziskavi poiskali diagnozo v računalniškem program Hipokrat, ki je opredelila mesto zloma kolka. Podatke o dnevu smrti pacientov nam je posredoval Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – ena izmed izpostav.

Za statistično analizo podatkov smo uporabili računalniški program Microsoft Excel 2007.

## 5 Rezultati

Ekipa nujne medicinske pomoči je obravnavala 136 pacientov z zlomom kolka. Med pacienti, ki so utrpeli zlom kolka je bilo 44 moških (32,4 %) in 92 žensk (67,6 %). Najmlajša pacientka je bila stara 11 let in je utrpela zlom kolka pri prometni nesreči. Najstarejša pacientka pa je bila stara 95 let, ki si je po padcu zlomila kolko. Zlom kolka je utrpelo 94 pacientov starejših od 80 let (69,1 %).

Ugotovili smo, da je neopredeljeni zlom stegenice utrpelo 21 pacientov (15,4 %), pertrohanterni zlom stegenice 18 pacientov (13,2 %), subtrohanterni zlom stegenice 3 pacienti (2,2 %), zlom diafize stegenice 9 pacientov (6,6%), zlom drugih delov stegenice 16 pacientov (11,8 %), zlom vratu stegenice 67 pacientov (49,3 %) in zlom spodnjega dela stegenice 2 pacienta (1,5 %).

Zlom kolka v pomladnih mesecih je utrpelo 32 pacientov (23,5 %), v poletnih mesecih 34 pacientov (25 %), v jesenskih mesecih 33 pacientov (24,3 %) in v zimskih mesecih 37 pacientov (27,2 %).

Po zlomu kolka je v opazovanem obdobju umrlo 9 moških (6,6 %) in 11 žensk (8,1 %). Najhitreje po zlomu kolka je umrla 86 let stara pacientka, in sicer 6 dni po nastanku poškodbe, najkasneje po zlomu kolka je umrl 69 let star pacient, in sicer 4 leta in 21 dni po nastanku poškodbe kolka. Povprečna življenjska doba pacientov, ki so utrpeli zlom kolka in so v opazovanem obdobju umrli, je bila 11 mesecev in 15 dni. Pri pacientih, starejših od 65 let, je bila smrtnost v prvem letu po poškodbi kar 30 %.

## 6 Razprava

V raziskavi ugotavljamo, da je zlom kolka utrpelo 94 pacientov starejših od 80 let (69,1 %), kar potrjuje ugotovitve Davenporta (2014), ki navaja, da se skoraj polovica zlomov pojavi pri starejših osebah od 80 let. Tudi Voljč (2011) navaja, da so padci pogostejši v obdobju staranja in med posledicami so najpogostejši zlomi kolka. Po navedbah Komadina in Brilej (2004) je postal zlom kolka največji problem geriatrične travmatologije zaradi podaljšanja življenjske dobe. V primerjavi z raziskavo Kim idr. elavcev (2012), smo ugotovili, da zlom kolka pri starejših pacientih nad 85 let ni v upadu, temveč v porastu (54 pacientov – 40 %). Rok Simon (2013) sporoča, da lahko v prihodnosti pričakujemo, da se bo problem poškodb, še posebno padcev povečal zaradi naraščanja deleža starih ljudi v populaciji.

Ugotovili smo, da je bila smrtnost pri pacientih, starejših od 65 let, v prvem letu po poškodbi kar 30 %, kar se ujema tudi z navedbami Hovnik-Keršmanc (2004), da je največja smrtnost takoj po treh mesecih po poškodbi. Zlomi kolka so pri starih ljudeh najpogostejše poškodbe, ki povzročijo smrt. Na preživetje po zlomu kolka pa vpliva tudi starost pacienta, njegovo zdravstveno stanje, duševno stanje, stanje prehranjenosti in socialna odvisnost (Hovnik-Keršmanc, 2004).

Iz analize nastanka poškodbe kolka glede na letni čas in zajeti vzorec lahko sklepamo, da letni čas najverjetneje vpliva na incidenco nastanka zloma kolka, za potrditev trditve pa bi bilo potrebno opraviti statistično analizo.

## 7 Sklep

Zlom v področju zgornjega dela stegenice pogovorno imenujemo tudi zlom kolka, s katerim se reševalne ekipe dnevno srečujejo v svojem delovnem okolju. Omenjena poškodba redko predstavlja nujno stanje na terenu. Reševalci pri svojem delu uporabljajo sodobne algoritme, pristope k poškodovani osebi, ki omogočajo celovit pristop. Delo je usmerjeno v uporabo sodobnih in pravilno izbranih imobilizacijskih pripomočkov, ki poškodovani osebi olajšajo bolečine na mestu dogodka in med prevozom v ustrezno bolnišnico.

## LITERATURA

1. Campbell, J. (2014). *International Trauma life Support for Emergency Care Providers*. United Kingdom: Pearson.
2. Čekon, T., Lipnik, S. in Vravnek, V. (2009). Standard urgentnega sprejema dementnega starostnika z zlomom kolka. V M. Gričar in R. Vajd (ur.), *Šestnajsti mednarodni simpozij o urgentni medicini* (str. 391–392). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
3. Dahmane Gošnak, R. (1998). *Ilustrirana anatomija*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije.
4. Davenport, M. (2014). Hip Fracture in Emergency Medicine. Pridobljeno 5. 8. 2015, s <http://emedicine.medscape.com/article/825363-overview#a9>.
5. Herman, S. (2006). Zlomi kosti spodnjega uda. V U. Ahčan (ur.), *Prva pomoč: priročnik s praktičnimi primeri* (str. 491–493). Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
6. Horvat, Ž. (2007). Zlomi kolka. V M. Vogrin (ur.), *Kolk v ortopediji / III. mariborsko ortopedsko srečanje* (str. 109–119). Maribor: Univerzitetni klinični center, Oddelek za ortopedijo.
7. Hovnik-Keršmanc, M. (2004). Javnozdravstveni problem pogostosti zloma kolka. V T. Erjavec in K. Karan (ur.), *Rehabilitacijska zdravstvena nega* (str. 99–110). Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije.
8. Kešpert, B. (2006). Vakuumska blazina. V A. Posavec (ur.), *Imobilizacija s sodobnimi pripomočki* (str. 63–80). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu.
9. Kim, S. H., Meehan, J. P., Blumenfeld, T. in Szabo, R. M. (2012). Hip fractures in the United States: 2008 Nationwide emergency department sample. *Arthritis Care Res.*, 64 (5), 751–757.
10. Komadina, R. in Brilej, D. (2004). Zlom zgornjega dela stegenice. V V. Smrkolj in R. Komadina (ur.), *Gerontološka travmatologija*. Celje: Založba Grafika Gracer.
11. Kump, S. in Jelenc Krašovec, S. (2009). *Vseživljenjsko učenje – izobraževanje starejših odraslih*. Ljubljana: Pedagoški inštitut.

12. Laharnar, M., Slabe, D. in Herman, S. (2011). Poznavanje ukrepov prve pomoči pri zlomu kolka med laiki na Tolminskem. *Obzor Zdrav Neg.*, 45 (1), 49–54.
13. Luscombe, M. D. in Williams, J. L. (2003). Comparison of a long spinal board and vacuum mattress for spinal immobilisation. *E Med Jour.*, 20 (5), 476–478.
14. Posavec, A., Levin, O. in Gros, T. (2003). V A. Bručan (ur.), Epileptični napad in status ter sinkopa - obravnava v predbolnišničnem okolju ter v urgentni travmatološki ambulanti (str. 250–254). Ljubljana: SZUM.
15. Prestor, J. (2006). Zajemalna nosila in opora za glavo. V A. Posavec (ur.), Imobilizacija s sodobnimi pripomočki (str. 81–107). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu.
16. Radcliff, T. A., Henderson, W. G., Stoner, T. J., Khuri, S. F., Dohm, M. in Hutt, E. (2008). Patient risk factors, operative care, and outcomes among older community-dwelling male veterans with hip fracture. *J Bone Joint Surg Am.*, 90 (1), 34–42.
17. Rok Simon, M. (2011). Preprečevanje poškodb in promocija varnosti. Strokovno srečanje Sekcije za preventivno medicino. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
18. Strategija varstva starejših do leta 2010: solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva (2007). Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.
19. Voljč, B. (2013). Padce v starosti je mogoče zmanjšati. V M. Mencelj (ur.), Bolezni in sindromi v starosti 5 (str. 121–125). Ljubljana: Gerotološko društvo Slovenije.
20. Voljić, B. (2005). Padce v starosti je mogoče zmanjšati. V M. Bilban idr. (ur.), Zdrava poznejša leta, naj bodo tudi lepa. (str. 155–199). Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
21. Zrim, V. (2007). Imobilizacija poškodovanega starostnika – izbira pripomočkov. V A. Posavec (ur.), Nujna obravnava starostnika v predbolnišničnem okolju (str. 109–118). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu.

## Upoštevanje priporočil o varni pripravi hrane

UDK 614.31-053.9

*KLJUČNE BESEDE:* varna hrana, plesniva hrana, higiena živil

*POVZETEK* - Črevesne nalezljive bolezni so pogost vzrok obolevnosti in umrljivosti. Najbolj nevarne so za starejše osebe, kronične bolnike, dojenčke, otroke in nosečnice. Človek se lahko s povzročitelji okuži tudi preko hrane, zato je pomembno, da se pri ravnanju z živili upošteva priporočila o varnem shranjevanju in pripravi hrane. Namen raziskave je bil ugotoviti, kako se upošteva priporočila o varni hrani. Podatki so bili zbrani s pomočjo namensko razvitega anketnega vprašalnika. Anketiranje je potekalo na sedmih točkah v Novem mestu v aprilu 2015. Analiziranih je bilo 197 pravilno izpolnjenih vprašalnikov (starost do vključno 24 let - 48 % anketirancev, 25-49 let - 30 %, 50 ali več let - 22 %). Anketiranci upošteva priporočila zelo različno (med 15 % in 99 %). Najmanj upošteva priporočila v zvezi z oddaljevanjem živil, prenašanjem hitro pokvarljivih živil do doma ter z vrstnim redom priprave živil z večjim tveganjem. Upoštevanje priporočil je najvišje pri uporabi čiste posode za pripravo hrane ter pri umivanju rok in umazane posode. Starejši anketiranci se v nekaterih primerih vedejo bolj samozaščitno. Rezultati so pokazali potrebo po dodatnem izobraževanju vseh starostnih skupin prebivalstva.

UDC 614.31-053.9

*KEY WORDS:* food safety, mouldy food, food hygiene

*ABSTRACT* - Intestinal infectious diseases are a common cause of morbidity and mortality. They present the most dangerous threat for the elderly, the chronically ill, babies, children and pregnant women. A person may also get infected with pathogens through food, so it is important that when handling foodstuff, the recommendations on safe storage and preparation of food have to be followed. The purpose of the study was to determine the consideration of recommendations on safe food. Data were collected using a specially developed questionnaire. Interviewing took place on 7 locations in Novo mesto in April 2015. 197 correctly completed questionnaires were analysed (age structure: up to 24 years - 48% of respondents, 25-49 years - 30%, 50 years or more - 22%). The amount of respondents' taking recommendation into account varies widely (between 15% and 99%). The least they follow the recommendations related to the thawing of food, transporting perishable food products to home and preparation of food with a higher risk. The highest recommendations' consideration was in the use of clean containers for food preparation and in washing hands and dirty dishes. Elderly respondents, however, behave more self-protective in some cases. The results showed the need for further education of all age groups in the population.

### 1 Teoretična izhodišča

Varno živilo je pridelano, predelano in dano v promet v skladu z načeli higijene živil. Poleg tega mora biti pravilno označeno, sledljivo in predstavljeno na način, ki ne zavaja potrošnika. Dejavniki tveganja za zdravje ljudi v živilih so biološki, kemijski in fizikalni. Od bioloških so najpomembnejše bakterije z njihovimi toksini, virusi, paraziti in njihove razvojne oblike. Ti povzročajo črevesne nalezljive bolezni (Pirnat idr., 2011).

Črevesne nalezljive bolezni oziroma bolezni, ki se prenašajo s hrano, ostajajo pogost vzrok obolevnosti in umrljivosti in so pomemben javnozdravstveni izziv. Ocenjuje se, da prebivalec Slovenije vsaj enkrat letno zboli za akutno črevesno okužbo. Incidenca črevesnih nalezljivih bolezni v Sloveniji je visoka in se v zadnjih letih giblje okoli

1000 prijav na 100.000 prebivalcev. Predvideva se, da je dejansko število obolelih večje, vendar vsi ne poiščejo zdravniške pomoči. Večina primerov je sporadičnih, lahko pa se bolezen pojavi v obliki epidemije. Povzročitelji črevesnih nalezljivih bolezni so številni. Večino gastroenterokolitisov ostane neopredeljenih, med opredeljenimi so na prvem mestu virusne okužbe črevesja (rotavirusi, norovirusi, adenovirusi). Sledijo jim bakterijske (kampilobaktri, salmonelle, *Clostridium difficile*, patogene *E. coli*) (Grilc, Frelj in Praprotnik, 2015). Akutno drisko lahko povzročajo tudi zajedavci in glive (Marolt-Gomilšek in Radšel-Medvešek, 2002). Nekatere glive iz rodov plesni izločajo mikotoksine, ki, če so prisotni v hrani v večjih količinah, povzročijo akutno zastrupitev. Škodljivo delujejo na jetra, ledvice, pljuča in osrednji živčni sistem. Nekateri mikotoksini so tudi močni kancerogeni (Gubina in Ihan, 2002).

Črevesne nalezljive bolezni lahko prizadenejo zdrave ljudi, vendar je hujši potek z dalj časa trajajočimi simptomi in lahko tudi hudimi zapleti pričakovati pri otrocih, starostnikih, nosečnicah, osebah, ki prejemajo antibiotike ali imunosupresive in drugih bolnikih, ki imajo imunsko pomanjkljivost (Gubina in Ihan, 2002; Marolt-Gomilšek in Radšel-Medvešek, 2002). Ljudje se s povzročitelji črevesnih obolenj okužimo bodisi neposredno preko okuženih ljudi, živali in predmetov ali posredno preko kontaminirane hrane in vode. Po podatkih iz leta 2013 so najpogostejši izbruhi črevesnih bolezni v domačem okolju (38,5 %), torej pri oziroma po pripravi hrane doma. Sledijo jim gostinski obrati (22,2 %) in ostale lokacije (šole, vrtci, domovi za starejše, bolnišnice, pikniki; 2-8 %) (Vadnjal, Henigman, Kirbiš in Biasizzo, 2015). Najpogostejši vzroki za nastanek epidemij so: neprimerni higieni in nepravilni strokovni postopki v kuhinjah in razdelilnicah hrane, neustrezne razmere za shranjevanje hrane, neustrezno odstranjevanje odpadnih snovi, vdor fekalnih mas v vodovodno omrežje, neustrezna sanitarna ureditev objektov in pomanjkljiva zdravstvena vzgoja (Marolt-Gomilšek in Radšel-Medvešek, 2002).

Za zagotavljanje varnosti živil je bistven celostni pristop, ki upošteva dejstvo, da je oskrba z živili vezana na živilsko verigo, ki sega od njive do mize. Vsakdo, ki je vključen v to verigo mora razumeti in izpolnjevati svojo odgovornost. Za varnost živil so odgovorni nosilci živilskih dejavnosti, država in potrošniki. Slednji glede na končne postopke pri pripravi živil v domači kuhinji predstavljajo zadnji člen v verigi. Za zagotavljanje varnosti živil v domačem okolju je potrebno po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije upoštevati naslednja priporočila: vzdrževanje higiene, ločevanje živil, ustrezna toplotna obdelava živil, shranjevanje živil pri ustrezni temperaturi in uporaba zdravstveno ustrezne vode in surovih (svežih) živil. V primeru plesnivih živil velja, da jih je potrebno v celoti zavreči (Pirnat idr., 2011). Zavedanje o nevarnostih okužb in zastrupitev z živili je večje pri tistih posameznikih, ki so že preboleli bolezen, ki se prenaša z živili (Fein, Jordan Lin in Levy, 1995). Raziskave opravljene v slovenskem prostoru med splošno populacijo (Jevšnik, Hlebec in Raspor, 2008), starostniki (Jevšnik, Bauer, Ovca, Pandel Mikuš in Poljšak, 2009) in nosečnicami (Hoyer, Jevšnik in Raspor, 2007; Zagorc in Lešer, 2014) so pokazale pomanjkljivosti pri razumevanju mikrobioloških tveganj, nezadostno informiranost o pomenu hladne verige in načelih varne priprave hrane doma. Podobno so pokazale tudi raziskave



opravljene v tujini (Garayoa, Cordoba, Garcia-Jalon, Sanchez-Villegas in Vitas, 2005; Kwon, Wilson, Bednar in Kennon, 2008).

Namen raziskave je bil ugotoviti, v kakšni meri prebivalci Dolenjske regije upoštevajo pravila o varnem ravnanju z živili ter kako ravnajo s hrano na kateri je prisotna plesen.

## 2 Metoda

Za raziskavo je bila uporabljena deskriptivna metoda dela. Kot raziskovalni instrument smo uporabili namensko razvit anketni vprašalnik, ki je bil sestavljen iz treh vprašanj demografskega tipa ter 30 vprašanj tematskega tipa. Prvi sklop vprašanj se je nanašal na demografske podatke. Drugi sklop se je nanašal na upoštevanje priporočil o varnem ravnanju z živili (vprašanja so bila prirejena po Hoyer idr. (2007) ter povzeta po Zagorc in Lešer (2014)). Tretji sklop se je nanašal na ravnanje anketirancev s plesnivimi živili ter četrti sklop na pogostost kupovanja lokalno pridelane/predelane hrane. V prispevku so predstavljeni podatki, ki se nanašajo na upoštevanje priporočil o varnem ravnanju z živili ter ravnanju s plesnivimi živili.

Vzorec je bil naključen. Anketiranje je bilo izvedeno ob dnevu zdravja aprila 2015. Na sedmih lokacijah v Novem mestu (dva trgovska centra, dva visokošolska zavoda, zdravstveni dom, prostora pred restavracijo in čajarno v središču mesta) so študenti Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto in Visoke šole za upravljanje podeželja GRM Novo mesto izvajali promocijo varne in lokalno pridelane hrane. K sodelovanju v raziskavi so povabili naključne mimoidoče. Sodelovanje je bilo prostovoljno. Anketirancem je bila zagotovljena anonimnost. Analizirali smo 197 vprašalnikov, ki so bili v celoti ali skoraj v celoti izpolnjeni. Podatki so bili obdelani z opisno statistiko s statističnim paketom IBM SPSS Statistics 19 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

## 3 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 197 anketirancev v starosti od 13 do 83 let (povprečna starost je bila  $33 \pm 17$  let). Do vključno 24 let je bilo starih 95 anketirancev (48 %), 25–49 let je bilo starih 59 anketirancev (30 %) in 50 ali več let je bilo starih 43 anketirancev (22 %). Moških je bilo 55 (28 %) in žensk 140 (72 %). Dva anketiranca nista podala spola.

Izobrazbena struktura anketirancev je bila naslednja: 1 je bil osnovnošolec, 13 jih je imelo dokončano osnovno šolo, 110 je jih je imelo dokončano srednjo šolo, 27 je končalo višjo šolo, 21 visoko šolo ali 1. bolonjsko stopnjo študija, 20 univerzitetni program ali 2. bolonjsko stopnjo študija ter 4 anketiranci so imeli magisterij ali doktorat znanosti. 1 anketiranec ni podal stopnje izobrazbe.

V tabeli 1 so prikazani podatki o upoštevanju priporočil o varnem skladiščenju in pripravi živil. Ker med posameznimi starostnimi skupinami nismo opazili večjih razlik, so podatki prikazani za vse starostne skupine skupaj.

*Tabela 1:* Upoštevanje priporočil o varnem skladiščenju in pripravi živil. Podatki so podani kot delež (%). N – število anketirancev, ki je odgovorilo na vprašanje.

Zap. št.	Trditve	N	Ne drži	Delno drži, delno ne drži	Drži
1	Po nečistem delu (uporaba stranišča, dotikanje surovega mesa, domačih živali) si umijem roke z milom.	195	0,5	5,1	94,4
2	Pred pripravo jedi si roke umijem z milom.	196	3,6	9,2	87,2
3	Za pripravo hrane uporabljam čisto posodo in pribor.	194	0,0	0,5	99,5
4	Posodo po pripravi živil temeljito umijem z detergentom in vročo tekočo vodo.	197	0,5	6,1	93,4
5	Surovo meso perutnine shranjujem ločeno od ostalih vrst svežega mesa.	193	16,1	19,7	64,2
6	Med pripravo jedi deske za surova živila ločujem od desk za kuhana živila.	195	20,0	18,5	61,5
7	Najprej v koritu operem solato in nato meso.	195	19,6	30,9	49,5
8	Sproti ločujem čiste kuhinjske krpe od uporabljenih.	197	4,6	11,7	83,8
9	Surova jajca shranjujem ločeno od ostalih vrst živil v hladilniku.	193	19,7	17,1	63,2
10	Po ubijanju jajc si temeljito umijem roke.	191	11,5	29,3	59,2
11	Živila morajo med toplotno pripravo doseči dovolj visoko temperaturo.	195	3,1	20,0	76,9
12	Redno preverjam rok uporabnosti živil v hladilniku.	197	3,0	25,4	71,6
13	Redno preverjam temperaturo v hladilniku.	194	23,2	40,7	36,1
14	Zamrznjena živila odtalim v hladilniku.	196	38,3	42,3	19,4
15	Zamrznjena živila odtalim na kuhinjskem pultu.	191	15,2	39,3	45,5
16	Hitro pokvarljiva živila poleti prinesem iz trgovine v hladilni torbi ali izolacijski vrečki.	196	28,1	36,2	35,7
17	Hitro pokvarljiva živila takoj po nakupu shranim v hladilniku.	194	1,5	11,9	86,6

*Vir:* Anketni vprašalnik, 2015.

Anketiranci se v velikem deležu (od 87,2 % do 99,5 %) držijo pravil, ki so vezana na ustrezno vzdrževanje higiene (trditve 1-4 v tabeli 1). Velika večina si tako umiva roke pred pripravo jedi in po nečistem delu ter uporablja za pripravo hrane čisto posodo in pribor, ki jo po pripravi hrane ustrezno očisti.

Slabše je upoštevanje pravil, ki so vezana na ločevanje čistih in nečistih poti in s tem na preprečevanje navzkrižne kontaminacije živil (trditve 5-10 v tabeli 1), saj se pravil drži od 49,5 % do 83,8 % vprašanih, ne drži se jih od 4,6 % do 20,0 % vprašanih. Najslabše je upoštevanje pravila, da je v koritu potrebno najprej oprati solati in šele nato meso. V največjem deležu anketiranci ločujejo uporabljene in čiste kuhinjske krpe. V dveh tretjinah pa anketiranci ločujejo surovo meso, kuhinjske deske in ter jajca.

Večina (76,9 %) se drži pravila, da je potrebno živila toplotno obdelati na dovolj visoki temperaturi, vendar se tega pravila le občasno drži kar petina vprašanih (trditev 11 v tabeli 1).

Najslabše je upoštevanje pravil vezanih na shranjevanje živil na ustrezni temperaturi (trditve 12-17 v tabeli 1). Večina anketirancev hitro pokvarljiva živila takoj po nakupu shrani v hladilniku (86,6 %), vendar jih poleti ne prinese domov na hladnem (nikoli 28,1 %, včasih 36,2 %). Anketiranci redno preverjajo rok trajanja živil v hladilniku (71,6 %), vendar samo temperaturo hladilnika le tretjina anketirancev in nikoli dobra petina. Živila pogosto odtaljujejo na kuhinjskem pultu in le petina jih redno odtaja v hladilniku.

Ravnanje anketirancev s plesnivimi živili je prikazano v tabeli 2. Podatki so podani za vsako starostno skupino posebej in za vse anketirance skupaj.

*Tabela 2: Ravnanje s plesnivimi živili. Podatki so podani kot delež (%). N – število anketirancev, ki je odgovorilo na vprašanje.*

Plesnivo živilo	N	Živilo termično obdelam (skuham, spečem) in uporabim v celoti				Odstranim plesnivi del in uporabim ostanek živila				Živilo v celoti zavržem			
		≤ 24	25-49	≥ 50	vsi	≤ 24	25-49	≥ 50	vsi	≤ 24	25-49	≥ 50	vsi
Kruh	196	4,3	1,7	2,3	3,1	14,9	25,4	18,6	18,9	80,9	72,9	79,1	78,1
Sadje	197	2,1	0,0	2,3	1,5	61,1	54,2	34,9	53,3	36,8	45,8	62,8	45,2
Zelenjava	194	1,1	0,0	2,4	1,0	63,4	52,5	38,1	54,6	35,5	47,5	59,5	44,3
Marmelada	194	3,2	0,0	4,9	2,6	17,0	33,9	19,5	22,7	79,8	66,1	75,6	74,7
Salame	193	2,1	0,0	2,4	1,6	28,4	15,8	7,3	20,2	69,5	84,2	90,2	78,2
Sir	196	0,0	0,0	2,3	0,5	47,9	59,3	46,5	51,0	52,1	40,7	51,2	48,5
Mlečni izdelki	194	0,0	0,0	0,0	0,0	7,6	5,1	11,6	7,7	92,4	94,9	88,4	92,3

*Vir: Anketni vprašalnik, 2015.*

Živilo v celoti zavrže v primeru mlečnih izdelkov večina anketirancev (92,3%), v primeru kruha, marmelade in salam približno tri četrtine anketirancev in v primeru sadja, zelenjave in sira le slaba polovica anketirancev (tabela 2). Dobra polovica anketirancev odstrani plesnivi del in uporabi ostanek živila v primeru sadja, zelenjave in sira. Podobno stori okoli petina anketirancev s kruhom, marmelado in salamami. Slaba desetina odstrani plesen z mlečnih izdelkov in uporabi preostali del. Pri ravnanju s plesnivimi živili smo opazili razlike med starostnimi razredi v primeru sadja, zelenjave in salam. Sadje in zelenjavo v celoti zavrže približno dve tretjini anketirancev, ki so stari 50 let ali več. Nasprotno dve tretjini starih do vključno 24 let s sadja in zelenjave odstranijo plesnivi del in uporabijo preostanek živila. Podobno velja za salame, kjer je delež tistih, ki salame v celoti zavržejo za 20,7 % višji pri starostni skupini 50 let in več glede na starostno skupino do vključno 24 let. V vseh treh primerih so deleži pri starostni skupini 25 do 49 let nekje vmes med ostalima dvema starostnima skupinama. Manjši delež anketirancev (do 6 anketirancev, oziroma do 4 anketiranci stari do vključno 24 let, do 1 anketiranec star med 25 in 49 let in do 2 anketiranca stara 50 ali več let; tabela 2) je zatrdil, da plesniva živila termično obdela in uporabi v celoti. Mlajši

to naredijo s kruhom, sadjem, zelenjavo, marmelado in salamami; v starosti od 25 do 49 let s kruhom; starejši od 50 let pa z vsemi živil (kruh, sadje, zelenjava, marmelada, salame, sir), razen z mlečnimi izdelki.

## 4 Razprava

Okužbe in zastrupitve z živili so tudi v Sloveniji pomemben javnozdravstveni problem (Grilc idr., 2015). Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015-2025 (2015) opredeljuje dva cilja na tem področju in sicer, da je potrebno celovito zagotavljati varnosti hrane in zmanjšati okužbe, zastrupitve in bolezni, povzročene s hrano. Za varnost živil je poleg nosilcev živilskih dejavnosti in države odgovoren tudi potrošnik sam kot zadnji člen v živilski verigi. Za varno pripravo in shranjevanje živil doma je zato nujno poznavanje tveganja in osnovnih higienskih načel (Pirnat idr., 2011).

Anketiranci upoštevajo pravila vezana na vzdrževanje higiene (umivanje rok in pripomočkov za delo). Pomanjkljivosti smo zasledili pri upoštevanju pravil vezanih na preprečevanje navzkrižne kontaminacije (pranje solate v koritu pred mesom, ločevanje perutnine in jajc od drugih živil ter uporaba ločenih desk za surova in kuhana živila) ter shranjevanje živil na ustrezni temperaturi (ne preverja se temperatura hladilnika, odtaljevanje mesa na kuhinjskem pultu). Najmanj jih upošteva vzdrževanje hladne verige, saj le tretjina anketirancev prinese poleti hitro pokvarljiva živila domov na hladnem. Podobne rezultate je pokazala raziskava opravljena pred sedmimi leti (Jevšnik idr., 2008), kjer polovica anketirancev ni nikoli uporabila hladilne torbe za prenos živil do doma, okoli polovica jih je odtaljevala meso na delovnih površinah in ne v hladilniku ter samo tretjina je umila nože in kuhinjske deske z vročo vodo in detergentom pred ponovno uporabo.

Po priporočil Nacionalnega inštituta za varovanje zdravja je potrebno plesniva živila v celoti zavreči, saj obstaja nevarnost, da so kontaminirana z mikotoksini (Pirnat idr., 2011). Ravnanje anketirancev s plesnivi živila je zaskrbljujoče, saj večina anketirancev zavrže le mlečne izdelke, kruh, marmelado in salame. V primeru sadja, zelenjave in sira pa polovica anketirancev le odstrani plesnivi del in uporabi ostanek živila. Manjši delež anketirancev je napisal, da živilo termično obdela in uporabi v celoti. Rezultati kažejo na slabše poznavanje anketirancev omenjene problematike, saj se plesni razraščajo tudi pod površino živila. Prav tako ne moremo mikotoksinov uničiti s termično obdelavo (Gubina in Ihan, 2002).

Primerjava med posameznimi skupinami prebivalstva je pokazala, da razen v nekaj primerih, ni večjih razlik pri upoštevanju higienskih načel med posameznimi skupinami prebivalstva. Promocija ustreznih higienskih navad in varnega ravnanja s hrano doma mora tako biti usmerjena v vse starostne skupine prebivalstva in ne samo v vzgojno-izobraževalne delavce, otroke in njihove starše kot to predvideva Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015-2025 (2015). Pomanjkljivo znanje in/ali upoštevanje higienskih načel so pokazale tudi druge raziska-

ve opravljene na nosečnicah (Hoyer idr., 2007; Zagorc in Lešer, 2014) in starostnikih (Jevšnik idr., 2009). Na primer večina vprašanih starostnikov je poznala preventivne ukrepe za preprečevanje zastrupitev in okužb z živili, vendar jih je dobra tretjina občasno zanemarila. Poleg otrok so ogrožene skupine za hujši potek nalezljive črevesne bolezni ali za hude zaplete še nosečnice, starejši ter bolniki z imunsko pomanjkljivostjo. Promocija varne hrane mora zato biti usmerjena tudi v te skupine prebivalstva. Za vse navedene skupine zaradi posebnosti v imunskem statusu ali drugem stanju obstajajo dodatna priporočila (Kendall, Medeiros, Hillers, Chen in DiMascola, 2003), s katerimi morajo biti pravočasno seznanjene. Odgovornost za to nosijo predvsem zdravstveni delavci, ki jim pacienti najbolj zaupajo. Pri tem imajo pomembno vlogo tudi medicinske sestre v okviru svojega zdravstveno-vzgojnega delovanja.

## 5 Zaključki

Okužbe in zastrupitve z živili so tudi v Sloveniji pomemben vzrok obolenosti prebivalstva. Odgovornost za zmanjšanje tveganja v živilski verigi je tudi na strani potrošnika. Raziskava je pokazala pomanjkanje upoštevanja nekaterih osnovnih načel higijene živil v vseh starostnih skupinah prebivalstva. Za zmanjšanje obolenosti bo potrebno zagotoviti dodatno informiranje, izobraževanje in vzgajanje vseh skupin prebivalstva.

## LITERATURA

1. Benko, V., Breg-Trojner, Z., Goričanec, J., Horvat, M., Kastelic, B., Lampič, V. idr. (2014). Varnost živil v izrednih razmerah. 4. izd. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 17. 10. 2015, s [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/varnost\\_zivil\\_v\\_izrednih\\_razmerah.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/varnost_zivil_v_izrednih_razmerah.pdf).
2. Fein, S. B., Jordan Lin, C.-T. in Levy, A. S. (1995). Foodborne Illness: Perception, Experience, and Preventive Behaviors in the United States. *Journal of Food Protection*, 58 (12), 1405–1411.
3. Garayoa, R., Cordoba, M., Garcia-Jalon, I., Sanchez-Villegas, A. in Vitas, A. (2005). Relationship between Consumer food Safety Knowledge and Reported Behaviors among Students from Health Sciences in One Region of Spain. *Journal of Food Protection*, 12, 2502–2720.
4. Grilc, E., Frelih, T. in Praprotnik, M. (2015). Incidenca okužb s hrano. Agencija Republike Slovenije za okolje. Pridobljeno 26. 10. 2015, s [http://kazalci.arso.gov.si/?data=indicator&ind\\_id=708](http://kazalci.arso.gov.si/?data=indicator&ind_id=708).
5. Gubina, M. in Ihan, A. (ur.) (2002). *Medicinska bakteriologija z imunologijo in mikologijo*. Ljubljana: Medicinski razgledi.
6. Hoyer, S., Jevšnik, M. in Raspor, P. (2007). Odločanje za varno hrano v času nosečnosti. V D. Rugelj (ur.), *Posvetovanje Varna in zdrava hrana na mizi potrošnika*, v Ljubljani, 7. december 2007. Zbornik predavanj (str. 68–76). Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
7. Jevšnik, M., Bauer, M., Ovca, A., Pandel Mikuš, R. in Poljšak, B. (2009). Skrb za zdravo in varno prehrano med starostniki. V Raziskovalni dan Zdravstvene fakultete, 4. december 2009 (str. 13–28). Pridobljeno 26. 10. 2015, s <http://www2.zf.uni-lj.si/ri/publikacije/dan2009/2.pdf>.
8. Jevšnik, M., Hlebec, V. in Raspor, P. (2008). Consumers' awareness of food safety from shopping to eating. *Food Control*, 19 (8), 737–745.
9. Kendall, P., Medeiros, L. C., Hillers, V., Chen, G. in DiMascola, S. (2003). Food handling behaviors of special importance for pregnant women, infants and young children, the elderly, and immune-compromised people. *Journal of the American Dietetic Association*, 103 (12), 1646–1649.

10. Kwon, J., Wilson, A. N. S., Bednar, C. in Kennon, L. (2013). Food Safety Knowledge and Behaviours of Women, Infant, and Children (WIC) Program Participants in the United States. *Journal of Food Protection*, 71 (8), 1651–1658.
11. Marolt-Gomilšek, M. in Radšel-Medvešek, A. (2002). *Infekcijske bolezni*. Ljubljana: Tangram.
12. Pirnat, N., Lampič, V., Uršič, S., Vivoda, M., Pohar, M., Veninšek Perpar, I. idr. (2011). *Higienska priporočila za varnost živil za potrošnike*. IVZ in ZZV Celje, Koper, Kranj, Ljubljana, Maribor, Muska sobota, Nova Gorica, Novo mesto, Ravne na Koroškem. Pridobljeno 26. 10. 2015, s [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/higienska\\_priporocila\\_za\\_varnost\\_zivil\\_za\\_potrosnike.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/higienska_priporocila_za_varnost_zivil_za_potrosnike.pdf).
13. Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015-2025. (2015). Pridobljeno 26. 10. 2015, s [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno\\_zdravje\\_2015/resolucija\\_preh\\_gib/ReNPPTDZ\\_resolucija\\_o\\_prehrani\\_in\\_gibanju\\_150715.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_2015/resolucija_preh_gib/ReNPPTDZ_resolucija_o_prehrani_in_gibanju_150715.pdf).
14. Vadnjal, S., Henigman, U., Kirbiš, A. in Biasizzo, M. (2015). *Okolje in hrana kot vir okužbe*. V M. Petrovec (ur.), *7. Baničevi dnevi: Okužbe prebavil*. Zbornik predavanj (str. 11–19). Ljubljana: Medicinski razgledi.
15. Zagorc, N. in Lešer, V. (2014). *Varna hrana v času nosečnosti*. V B. Filej (ur.), *Študenti zdravstvenih ved prispevajo k zdravju družbe: zbornik prispevkov z recenzijo / 6. konferenca s področja zdravstvenih ved*, Murska Sobota, 30. maj 2014 (str. 409–416). Maribor: Alma Mater Europaea, Evropski center.

# Utjecaj edukacije na higijenu ruku u Općoj županijskoj bolnici Požega

UDK 613:614.2+37

KLJUČNE RIJEČI: suradljivost, higijena ruku, edukacija, medicinska sestra

*POVZETEK - Infekcije povezane sa zdravstvenom skrbi predstavljaju problem za sigurnost bolesnika. Čiste ruke su najznačajniji činitelj koji može smanjiti pojavnost infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi. Cilj istraživanja bio je utvrditi postoji li razlika u suradljivosti pri higijeni ruku zdravstvenih djelatnika prije i nakon edukacije. Istraživanjem su obuhvaćene medicinske sestre, fizioterapeuti i laboranti. Opservirani su postupci higijene ruku prema mjerama pravilne higijene ruku Svjetske zdravstvene organizacije. Za utvrđivanje razlika među proporcijama između dvaju nezavisnih uzoraka rabio se Fisherov egzaktni test. Nakon edukacije značajno je viša ( $P < 0.001$ ) suradljivost u higijeni ruku. Značajno više laboranata provodi higijenu ruku ( $P = 0.046$ ) nakon edukacije. Provedena edukacija je značajno utjecala na povećanje suradljivosti u higijeni ruku.*

UDC 613:614.2+37

KEY WORDS: compliance, hand hygiene, education, nurse

*ABSTRACT - Healthcare associated infections are a problem for the patients' safety. Clean hands are the most important factor that can reduce the incidence of healthcare associated infections. The aim of this study was to determine any possible differences in hand hygiene compliance of health professionals before and after the education sessions. The study included nurses, physiotherapists and laboratory technicians. We collected data on hand hygiene carried out according to World Health Organisation's criteria. To determine differences among the proportions between the two independent samples, the Fisher's exact test was used. Adherence to hand hygiene has been significantly higher ( $P < 0.001$ ) after the training. After the training, laboratory technicians significantly ( $p = 0.046$ ) improved their hand hygiene compliance. The education on hand hygiene highly influenced the healthcare workers' hand hygiene.*

## 1 Uvod

Infekcije povezane sa zdravstvenom skrbi (engl. Healthcare Associated Infections, HCAI) predstavljaju velik problem za sigurnost bolesnika, stoga njihov nadzor i prevencija trebaju biti pri vrhu liste prvenstva unutar zdravstvene ustanove. U razvijenim zemljama 5 – 10 % bolesnika dobije takvu infekciju u bolnicama akutnog tipa. U zemljama u razvoju udio bolesnika s infekcijom povezanom sa zdravstvenom skrbi prelazi 25 %. Problemi su pri tim infekcijama mnogostruki i podrazumijevaju dugotrajan boravak u bolnici, moguću dugoročnu invalidnost, povećanu otpornost mikroorganizama na protumikrobne lijekove, dodatan financijski teret, visoke troškove za bolesnika i njegovu obitelj, ali i velik broj umrlih (Pashman, 2007, Palmone, 2012, Sax, 2007). SZO prepoznala je taj problem kao problem sigurnosti bolesnika te je krajem 2005. godine započela provedbu projekta pod nazivom Prvi globalni izazov za sigurnost bolesnika - »Čista je skrb sigurnija skrb« (First Global Patient Safety Challenge - »Clean Care is Safer Care«). Posljedica je tomu i nastanak hrvatskih smjernica za higijenu ruku objavljenih 2011. g., u kojima je detaljno pojašnjen koncept »Mojih pet trenutaka za higijenu ruku« (WHO, 2009).

## 1.1 Higijena ruku

Higijena je ruku pojam koji označava postupke pri dekontaminaciji ruku, a uključuje pranje ruku sapunom i vodom i/ili utrljavanje alkoholnim pripravkom u cilju uklanjanja ili smanjenja broja mikroorganizama na rukama. Higijena ruku u središtu je standardnih mjera opreza i nepobitno je najdjelotvornija mjera kontrole infekcija, međutim suradljivost oko pravila i postupaka higijene ruku i dalje je na niskoj razini (Huggenot, 2000). Razlozi za nisku suradljivost su brojni: iritacija kože pri čestom pranju ruku te pojava alergije, manjak umivaonika koji su često neprimjereno postavljeni, manjak sapuna i papirnatih ubrusa, previše posla i premalo vremena, premalo osoblja, a previše bolesnika, shvaćanje da su bolesnikove potrebe važnije od ispravnih postupaka higijene ruku, mišljenje da nošenje rukavica smanjuje potrebu za pranjem ruku, ne razmišlja se o tome ili se zaboravi, nema osobe koja je primjer (kolega ili nadređeni), neznanje o putevima prijenosa bolničkih infekcija te neznanje o postojanju protokola za higijenu ruku (Kendall, 2012). Procjenjuje se da bi se oko 30 % bolničkih infekcija moglo spriječiti kada bi zdravstveni djelatnici pažljivo prali svoje ruke prije i poslije kontakta s bolesnikom. Pravilna je praksa higijene ruku u kliničkom okruženju najučinkovitije sredstvo sprječavanja, kontrole i smanjenja infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi (Sax, 2007; Kendall, 2012)

### 1.1.1 Kako provoditi higijenu ruku?

Higijena ruku može se provoditi utrljavajući alkoholni pripravak u ruke ili pranjem ruku sapunom i vodom. Najdjelotvorniji način za osiguranje optimalne higijene ruku jest uporaba alkoholnog pripravka za utrljavanje. Neposredne su prednosti primjene te metode: odstranjivanje većine mikroorganizama (uključujući viruse), kratko vrijeme potrebno za utrljavanje (20 - 30 sekundi), dostupnost proizvoda na mjestu skrbi, dobra podnošljivost kože na alkoholni pripravak, nema potrebe za bilo kakvom infrastrukturom. Preporuka je da se sapun i alkoholni pripravci ne upotrebljavaju istovremeno. Ruke obvezno treba prati u sljedećim situacijama: kada su vidljivo prljave ili prljave od krvi i tjelesnih izlučevina, prije i poslije izravnog kontakta s bolesnikom, prije navlačenja sterilnih rukavica, prije bilo kakvog invazivnog postupka, poslije kontakta s površinama oko bolesnika, poslije skidanja rukavica, prije jela i nakon upotrebe sanitarnog čvora (Boban, 2012).

### 1.2 Koncept »Mojih pet trenutaka za higijenu ruku«

»Mojih pet trenutaka za higijenu ruku« koncept je koji je razvila skupina stručnjaka SZO radeći na Smjernicama za higijenu ruku. Koncept je predložen kao referentni pristup za točno izvođenje, podučavanje i evaluiranje higijene ruku. Takav pristup koji u središte stavlja odnos zdravstvenog djelatnika i bolesnika teži biti jednostavan kako bi se što skladnije uklopio u prirodni tijek rada.



## 2 Cilj istraživanja

Cilj istraživanja je utvrditi postoji li razlika u suradljivosti pri higijeni ruku uzdravstvenih djelatnika nakon provedene edukacije.

## 3 Ispitanici i metode

### 3.1 Ispitanici

Istraživanje je provedeno na trima skupinama zdravstvenih djelatnika. Prvu skupinu činile su medicinske sestre, druga skupina bili su fizioterapeuti, a treća skupina laboranti. Opservirani su postupci higijene ruku zdravstvenih djelatnika prije i poslije edukacije o mjerama pravilne higijene ruku. Edukaciju je prošlo 212 medicinskih sestara/tehničara, 10 fizioterapeuta i 13 laboranata. Svi su ispitanici zaposlenici OŽB Požega. Istraživanje je provedeno u Općoj županijskoj bolnici Požega u razdoblju od 1. prosinca 2013. do 1. travnja 2014. godine. Prikupljeno je 473 opservacija higijene ruku prije edukacije i 613 opservacija nakon edukacije.

## 4 Rezultati

U istraživanju su evidentirane 473 indikacije za higijenu ruku prije te 613 indikacija za higijenu ruku poslije provedene edukacije (Tablica 1).

Tablica 1: Suradljivost pri higijeni ruku prije i nakon edukacije

Indikacija za higijenu ruku	Broj (%) ispitanika			p*
	Prije edukacije	Poslije edukacije	Ukupno	
Bez provedene higijene ruku	212 (44,8)	130 (21,2)	342 (31,5)	<0,001
Provedena higijena ruku	261 (55,2)	483 (78,8)	744 (68,5)	
Ukupno	473 (100)	613 (100)	1086 (100)	
Metoda higijene ruku				
Higijensko pranje	142 (54,4)	45 (9,3)	187 (25,1)	<0,001
Higijensko utrljavanje	119 (45,6)	438 (90,7)	557 (74,9)	
Ukupno	261 (100)	483 (100)	744 (100)	

\*Fisherov egzakti test

Od ukupnog broja indikacija, u 744 (68,5 %) indikacije provedena je higijena ruku (higijensko pranje ili higijensko utrljavanje), značajno je viša suradljivost nakon edukacije, u 483 (78,8 %) indikacija (Fisherov egzakti test,  $p < 0,001$ ). Nakon edukacije za značajno je manje indikacija, njih 45 (9,3 %), provedeno higijensko pranje, a za značajno više, njih 438 (90,7 %), provedeno je higijensko utrljavanje (Fisherov egzakti test,  $p < 0,001$ ).

## 5 Rasprava

Ova je studija provedena kako bi se ocijenila higijena ruku među zdravstvenim radnicima u OŽB Požega u svrhu unaprjeđenja kvalitete i učinkovitosti pri higijeni ruku u sklopu nacionalne kampanje. U istraživanju smo evidentirali 473 indikacija za higijenu ruku prije te 613 indikacija za higijenu ruku poslije provedene edukacije. Kao što je prikazano u Tablici 1., od ukupnog broja indikacija, u 744 (68,5 %) indikacije provedena je higijena ruku. Prije edukacije higijena je ruku obavljena u 261 (55,2 %) indikaciji. Postupak je higijene ruku nakon edukacije proveden u 483 (78,8 %) indikacija. Značajno je viša suradljivost nakon edukacije, što u potpunosti potvrđuje hipotezu da edukacija ima značajan utjecaj na suradljivost pri higijeni ruku. Istraživanje koje je provedeno u Švicarskoj, nakon provedene kampanje o higijeni ruku od 1994. do 1997. godine, pokazalo je također značajno povećanje suradljivosti pri higijeni ruku - s 48 % na 66 % (Pittet, 2000). Međutim poznato je da za higijenu ruku sama edukacija ne mora biti dovoljna. Stavovi zdravstvenih djelatnika i suradljivost pri higijeni ruku izrazito su složeni i čini ih više čimbenika (Pittet, 2003, Pittet, 2001, Pittet 2004, Larson, 1997), a studije navode da uspješni programi moraju biti višedisciplinarni i imati više vidova (Pittet 2001; Larson, 1997; Whitby, 2007; Trick, 2007). Uspješni programi održive higijene ruku opisani u literaturi neizbježno imaju edukacijsku sastavnicu (Pittet, 2003; Larson, 1997; Widmer, 2007). To je razlog za ponovno naglašavanje da su izolirani edukacijski programi neadekvatni i da moraju biti uključene i druge bihevioralne strategije u pristupu kako bi se postigla održiva primjena higijene ruku. (Raskind, 2007). Postoje također jasni dokazi da adekvatna oprema za higijenu ruku može utjecati na uspjeh programa. Sve navedeno ne umanjuje važnost formalnih edukacijskih programa. Istraživanja i studije sa zdravstvenim radnicima pokazali su da ispravna informacija i znanje o higijeni ruku dobro utječu u praksi (Amazian, 2006). To je u skladu s činjenicom da je snaga informacije najutjecajnija društvena snaga u kontroli infekcija (Seto, 1991) Higijensko je pranje ruku metoda koju su zdravstveni djelatnici češće odabirali za provođenje higijene prije edukacije, njih 142 (54,4 %). Nakon edukacije za značajno manje indikacija, njih 45 (9,3 %), provedeno je higijensko pranje, a značajno je više, 438 (90,7 %), provedeno higijenskih utrljavanja, što je u skladu sa smjernicama SZO. Preporuke su da alkoholno utrljavanje postane rutinski postupak jer je učinkovitije, korisniku spretnije i zahtijeva manje vremena. Iz analize dobivenih rezultata hipoteza da zdravstveni djelatnici češće provode higijensko pranje ruku djelomice je utvrđena i važeća je za postupke higijene ruku prije provedene edukacije. Pranje je ruku sapunom pod mlazom tekuće vode obvezno u situacijama u kojima postoji vidljiva nečistoća na rukama (McArdle, 2006). U istraživanju se pokazalo da su zdravstveni radnici u visokom stupnju usvojili pravilan odabir načina higijene ruku. Dostupnost dozatora s dezinficijensom važna je pri ostvarivanju što bolje suradljivosti pri postupcima pravilne higijene ruku. U OŽB Požega svakom je zdravstvenom djelatniku omogućen džepni dozator s alkoholnim dezinficijensom. Ovim su istraživanjem primijećeni kratkoročni pozitivni rezultati provedene kampanje, a za dugoročne će rezultate trebati osigurati trajnu edukaciju i ponavljana praćenja.

## LITERATURA

1. Amazian, K., Abdelmonumene, T., Sekkat, S. i sur. (2006). Multicentre study on hand hygiene facilities and practices in the Mediterranean area; results from the NosoMed Network. *J Hosp Infect*.
2. Boban, N., Drenjančević, D. and Payern-Pal, M. (2012). Higijena ruku. Tehnički priručnik. Zagreb: Svjetska zdravstvena organizacija/Kampanja za pranje ruku prijevod.
3. Huggenot, S. in Pittet, D. (2000). Hand hygiene-beliefs or science?
4. Kalenić, S. i sur. (2011). Smjernice za higijenu ruku u zdravstvenim ustanovama. *Liječnički Vjesnik*.
5. Kendall, A., Landres, T., Kirk, J. and Young, E. (2012). Point -of- care hand hygiene: Preventing infection behind the curtain. *Am J Infect Control*.
6. Larson, E., Bryan, J. L., Adler, L. M. and Blane, C. (1997). A multifacted approach to changing handwashing behavior. *American Journal of Infection Control*.
7. McArdle, F. I., Lee, R. J., Gibb, A. P. and Walsh, T. S. (2006). How much time is needed for hand hygiene in intensive care? A prospective trained observer study of rates of contact between health care workers and intensive care patients *Journal of Hospital Infection*, 62, 304–310.
8. Pittet, D. (2003). Hand hygiene improved standards and practice. *Curr Opin Infect Dis*.
9. Pittet, D. and Boyce, J. M. (2001). Hand hygiene and patient care: pursuing the Semmelweis Legacy. *Lancet Infectious Diseases*, 9–20.
10. Pittet, D., Hugonnet, S., Harbarth, S., Mourouga, P., Sauvan, V., Touveneau, S., Perneger, TV. (2000). Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme. Lancet*, 356, 1307–1311.
11. Pittet, D., Simon, A., Hugonnet, S., Pessoa-Silva, C., Sauvan, V. and Perneger, TV (2004). Hand Hygiene among Physicians: Performance, Beliefs and Perceptions. *Annals of Internal Medicine*.
12. Seto, WH., Ching, TY, Chu, YB. and Seto, WL. (1991). Social power and motivation the compliances of nurses and housekeeping staff with infection control policies. *Am J control Infect.*, 19, 42–44.
13. Trick, WE., Vernon, MO., Welbel, SF., Demaris, P. and Hayden, MK. (2007). Wenstein RA. Multicenter intervention program to increase adherence to hand hygiene recommendations and glove use and to reduce the incidence of antimicrobial resistance. *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 28, 42–49.
14. Whitby, M., Pessoa – Silva, CL., Mc Laws, i sur. (2007). Behavioural considerations for hand hygiene practices: the basic building blocks. *J Hosp Inf*, 65, 1–8.
15. Widmer, AF., Conzelmann, M., Tomic, M., Frei, R., Stranden, AM. (2007). Introducing alcohol-based hand rub for hand hygiene: the critical need for training. *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 28, 50–54.

# Vloga vodilnega kadra pri poklicnem izgorevanju zaposlenih

UDK 331.442:005.742

**KLJUČNE BESEDE:** poklicno izgorevanje, vodje, zaposleni, delovno okolje

**POVZETEK** – V teoretičnem delu so definirana ključna izhodišča poklicnega izgorevanja zaposlenih ter povezanost slednjega z vodilnimi kadri. V empiričnem delu pa ugotavljamo vlogo vodilnega kadra pri prepoznavanju, preprečevanju in sanaciji poklicnega izgorevanja njih samih in drugih zaposlenih v organizaciji ter analizirano obstoječe stanje in potrebne ukrepe vodilnega kadra v zvezi s problematiko poklicnega izgorevanja. Za pridobitev in obdelavo podatkov je uporabljena kvantitativna metoda družboslovnega raziskovanja, in sicer anketiranje. Na osnovi pridobljenih empiričnih podatkov je sklenjeno, da je ugotavljanje nastanka in reševanje posledic poklicnega izgorevanja odvisno od znanja in ozaveščenosti ter stališč vodilnega kadra do poklicnega izgorevanja, zato so predvidevanja potrjena. Ključna priporočila vodilnemu kadru zajemajo izbiro ukrepov glede na analizo stanja in ugotovitev prevladujočih vzrokov za poklicno izgorevanje zaposlenih.

UDK 331.442:005.742

**KEY WORDS:** occupational burnout, head staff, employees, working environment

**ABSTRACT** - In the theoretical part, the key points of the occupational burnout of employees, and its connection with the head staff are identified. In the empirical part, however, the role of the head staff in recognition, prevention and improvement of their own and the burnout of other employees in the organisation was established, along with the analysis of the actual situation and needed measures of the head staff in connection with the occupational burnout problem. For acquiring and processing of the data, the quantitative method of sociological research, i.e. a questionnaire, was used. On the basis of the empirical data we concluded that finding the origin and dealing with the consequences depends on the head staff's knowledge, consciousness and positions regarding the burnout, so our predictions were confirmed. The key recommendations for the head staff include the choice of measures according to the conditions analysis, and detection of the prevailing reasons for the occupational burnout of their employees.

## 1 Teoretična izhodišča

Korenite spremembe, ki so jih doživela delovna mesta in narava dela so tolikšne, da v delovnem okolju ne moremo več govoriti le o negativnih posledicah stresa, ampak o izgorevanju zaposlenih, ki danes dosega epidemične razsežnosti. Zaposleni so zaradi dnevni delovnih zahtev in ostalih obveznosti čustveno, telesno in duhovno izčrpani, kar načinja njihovo energijo in zavzetost (Maslach in Leiter, 2002, str. 1).

Raziskovalni podatki evropskega statističnega urada Eurostata (Inštitut za razvoj človeških virov, b. l.) kažejo, da tretjina zaposlenih nima nadzora nad svojim delom. Polovica zaposlenih ocenjuje, da je njihovo delo monotono, več kot polovica pa o časovnih pritiskih in prenapetih rokih, ki jih določajo drugi. Zaznati je precejšnje neskladje med pristojnostmi zaposlenih in pričakovanji delodajalcev.

Na Inštitutu za razvoj človeških virov Republike Slovenije so leta 2008–2010 opravili vseslovensko raziskavo o izgorelosti. Ugotovili so, da se sindrom izgorelosti pri nas

pojavlja enako pogosto, kot v drugih evropskih državah. V Sloveniji kar šestdeset odstotkov zaposlene populacije kaže znake izgorevanja. Na pojav izgorelosti pri posameznikih vplivajo osebnostne pozicije, družbeno-ekonomske okoliščine in psihološke okoliščine dela (Inštitut za razvoj človeških virov, b. l.).

Managerji se kljub lastni preobremenjenosti in izpostavljenosti izgorevanju ne želijo soočiti z izgorevanjem zaposlenih, ker se bojijo, da bi s tem, ko bi priznali izgorevanje na delovnem mestu, sprožili zahteve zaposlenih po zmanjšanju delovnih obremenitev. Po njihovem prepričanju izgorevanje ne sodi med obveznosti delodajalcev, prav tako menijo, da ni v njihovi moči, da bi karkoli v zvezi s tem ukrenili, tudi če bi imeli denar, čas in strokovno znanje, da bi se posvetili temu problemu (Maslach in Leiter, 2002, str. 65, 78).

Haigh (2008, v Koračina, 2010, str. 22) opozarja, da mora vsak posameznik prepoznati lastne psihofizične omejitve in se zavedati, da v nobenem primeru ne more narediti vsega za vse, tudi za najbližje ne. Izpostavlja tudi, da je zlasti v naravi prenekaterih žensk, da poskušajo biti v svojem življenju aktivne na vseh področjih, ki jih poznajo in vzamejo za svoja. Slednje zagotovo vodi v izgorelost.

Raziskava temelji na ugotavljanju dejanske in pričakovane vloge vodilnega kadra pri poklicnem izgorevanju njih samih in podrejenih.

Cilji naloge so:

- spoznati problematiko poklicnega izgorevanja zaposlenih s strani vodilnega kadra,
- ugotoviti pojavljanje znakov poklicnega izgorevanja pri vodilnem kadru,
- ugotoviti stališča vodilnega kadra do potrebnih ukrepov ob pojavu poklicnega izgorevanja zaposlenih,
- povečati ozaveščenost o resnosti problematike poklicnega izgorevanja in reševanje slednjega s predlogi.

## 2 Metode

V nalogi so uporabljene naslednje raziskovalne strategije:

- kvalitativno raziskovanje skupnih značilnosti poklicnega izgorevanja in vodilnega kadra,
- primerjalno raziskovanje raznolikosti, ki se kaže ob primerjavi pridobljenih rezultatov in
- kvantitativno raziskovanje povezanosti med dvema ali več spremenljivkami.

Kvalitativna metoda družboslovnega raziskovanja vključuje naslednje korake:

- študij relevantne literature,
- oblikovanje raziskovalnih hipotez,
- razvijanje raziskovalnega načrta,
- zbiranje podatkov,
- analiza dobljenih empiričnih podatkov v skladu z zastavljenimi raziskovalnimi hipotezami.

Pridobljeni empirični rezultati so obdelani s pomočjo računalniškega programa Microsoft Excel, statistične analize pa s programom SPSS 18.0.

Izvedene so naslednje analize:

- izračun frekvenc in odstotkov,
- izračun aritmetičnih sredin in
- izračun korelacij – Spearmanov korelacijski koeficient.

Vzorec zajema 57 anketiranih, in sicer je to vodilni kader zaposlen v različnih sektorjih.

### 3 Rezultati

Na anketni vprašalnik je odgovorilo 65 % žensk in 35 % moških. Večina anketiranih (61 %) je starih 40 do 50 let, dobra četrtina (26 %) je starih do 40 let, anketirani najstarejše starostne skupine pa so zastopani v najmanjši meri (14 %). Vzorec večinoma predstavljajo anketirani s področja zdravstva (41 %) in gospodarske dejavnosti (41 %), sledijo pa anketirani s področja šolstva (10 %).

Izhodiščna hipoteza, s katero smo predvidevali, da je ugotavljanje nastanka in reševanje posledic poklicnega izgorevanja odvisno od znanja in ozaveščenosti ter stališč vodilnega kadra do poklicnega izgorevanja, je potrjena.

Vodilni kader, ki zelo dobro ali dobro pozna problematiko poklicnega izgorevanja ustrezno ukrepa in kar je še bolj pomembno, pogosteje izvaja ukrepe na organizacijski ravni, in ne le na ravni posameznika. Slednji se torej zavedajo, da je poklicno izgorevanje v precejšnji meri povezano z neustreznimi okoliščinami delovnega mesta in, da določen del odgovornosti nosi delovna organizacija, ne le posameznik, ki čuti posledice dolgotrajnih delovnih obremenitev.

*Hipoteza 1*, s katero smo predvidevali signifikantno korelacijo med poznavanjem problematike poklicnega izgorevanja pri vodilnem kadru in ustreznimi ukrepi, je potrjena.

Poznavanje problematike poklicnega izgorevanja pozitivno vpliva na reševanje problematike. Vodilni, ki ocenjujejo, da je poklicno izgorevanje povezano s slogom vodenja in komunikacijo na delovnem mestu, se pogosto poslužujejo organizacijskega pristopa k reševanju problematike poklicnega izgorevanja. Podobno vodilni, ki so prepričani, da je poklicno izgorevanje posledica podaljšane izpostavljenosti delovnemu mestu in skupek znakov telesne in duševne izčrpanosti, navajajo, da so najučinkovitejši za preprečevanje poklicne izgorelosti programi izvedeni na sistemski ravni. Spreminjanje poklicnega okolja ni nikoli zgolj individualen proces, ampak skupinski oz. organizacijski oz. sistemski.

Poudariti moramo, da je splošno poznavanje problematike poklicnega izgorevanja pri vodilnem kadru kljub vsemu pomanjkljivo, saj le petina vprašanih zelo dobro pozna omenjeno problematiko (večina iz šolstva), tretjina dobro (večina iz zdravstva) in desetina slabo (večina iz gospodarske dejavnosti).

*Hipoteza 2*, s katero smo domnevali, da so znaki poklicnega izgorevanja prisotni pri manj kot tretjini vodilnega kadra, je potrjena.

Z raziskavo smo ugotovili, da je večji del (75 %) znakov prisotnih pri manj kot tretjini vodilnega kadra.

Med štirimi skupinami znakov so najpogosteje izpostavljeni znaki izčrpanosti (visoka stopnja storilnosti, kronična utrujenost, zanemarjanje lastnih potreb in razočaranje nad ljudmi), redkeje znaki ujetosti (občutki ujetosti in nemoči), znaki adrenalne izgorelosti in znaki po adrenalni izgorelosti pa zelo redko ali nikoli. Razočaranje nad ljudmi in občutki ujetosti se pogosto pojavljajo v zdravstvu, redko pa v šolstvu in gospodarski dejavnosti. Razočaranje nad ljudmi so anketirani v zdravstvu opazili pogosto, v šolstvu in gospodarski dejavnosti pa redko. Občutke ujetosti in/ali nemoči so anketirani v zdravstvu in gospodarski dejavnosti opazili redko, v šolstvu pa zelo redko. Pokazalo se je, da je v zdravstvu pogost tipičen znak, ki je značilno vezan na t. i. poklice pomoči. Zaradi potreb pacientov so zaposleni v zdravstvu pogosto ne le izčrpani, ampak kot rečeno razočarani nad ljudmi, saj kontinuirano nudijo pomoč bolnim v različnih okoliščinah – pacientom nadomeščajo moč, voljo in znanje. Marsikdaj je odzivnost pacientov razočaranje za zaposlenega.

Če pridobljene rezultate primerjamo z rezultati Inštituta za razvoj človeških virov, lahko rečemo, da je visoka stopnja storilnosti, ki se pri anketiranih pojavlja kot najpogostejši znak (pri 66 % anketiranih), ključen dejavnik, ki vodi v poklicno izgorevanje. Pretirana storilnost deloholike pripelje natančno tja, od koder želijo ves čas zbežati, med manj cenjene ali celo odpuščene delavce, saj ne znajo reči ne in postaviti meje pretiranim delovnim nalogam.

*Hipoteza 3*, s katero smo predpostavljali, da je korelacija med znanjem o zadanem problemu in pravočasnostjo ukrepanja vodilnega kadra pozitivna, je zavržena, saj hitrost ukrepanja ob zaznanih znakih poklicnega izgorevanja ni statistično značilno povezana z znanjem in poznavanjem anketiranega vodilnega kadra o problematiki poklicnega izgorevanja.

Omeniti je potrebno, da večina (skoraj 90 %) anketiranih vodilnih ukrepa ob opaženih znakih poklicnega izgorevanja, od tega skoraj dve tretjini takoj, ena tretjina pa v roku enega meseca. Ključen podatek je, da bolj kot poznajo problematiko poklicnega izgorevanja, v večji meri ukrepajo ob opaženem poklicnem izgorevanju zaposlenih, vendar pa statistično ni dokazana korelacija med hitrostjo ukrepanja in znanjem oz. poznavanjem poklicnega izgorevanja.

*Hipoteza 4*, pri kateri smo menili, da vodilni kader poleg narave dela posebno skrb namenja medosebnim odnosom ter organizacijskim in institucionalnim posebnostim kot glavnim vzrokom za pojav poklicnega izgorevanja, je potrjena, saj anketirani vodilni res posebno skrb namenjajo medosebnim odnosom kot enemu izmed glavnih razlogov za pojav poklicnega izgorevanja, kar pa se tiče drugih dveh glavnih razlogov (organizacijske in institucionalne posebnosti), pa jim bistveno manj vodilnih namenja pozornost.

Kot najpomembnejšo aktivnost na področju preprečevanja in odpravljanja poklicnega izgorevanja, so vodilni izpostavili medosebne odnose in medsebojno podporo med zaposlenimi. Vsekakor pa ne moremo mimo tega, da ne bi bili presenečeni nad rezultati,

da vodilni relativno majhno pozornost namenjajo organizacijskim in institucionalnim posebnostim. Brez slednjih dveh dejavnikov je analiza stanja v delovnem okolju vsaj pomanjkljiva, če že ne nemogoča. V kolikor pa vodilni kader ne analizira organizacijskih in institucionalnih posebnosti in njihovega vpliva na poklicno izgorevanje, ne more ustrezno ukrepati oz. preprečevati in reševati problematike poklicnega izgorevanja.

## 4 Razprava

Raziskava je pokazala, da je znanje o poklicnem izgorevanju pri vodilnem kadru še vedno na prenizki ravni, zato je potrebno nameniti več pozornosti izpopolnjevanju znanja na tem področju. Tudi Ščuka (v Štor, 2011, str. 17) opozarja, da se problem pojavi zlasti pri pomanjkanju znanja za prepoznavanje bolezni in občutku sramu ob pojavu simptomov. Izobraževanje za prepoznavanje, preprečevanje in sanacijo poklicne izgorelosti mora biti namenjeno tako posamezniku kakor tudi organizacijam. Imeti mora več ciljev, in sicer:

- analizo psihološkega delovnega okolja v organizaciji,
- prepoznavanje zgodnje faze poklicne izgorelosti pri sebi idr. elavcih ter preprečevanje,
- zadržati najboljše delavce na delovnem mestu,
- ohranjanje in razvijanje motiviranosti in zavzetosti za delo pri zaposlenih,
- zmanjšanje stroškov poslovanja in
- povečanje konkurenčnosti organizacije (Pšeničny in Findeisen, 2005, str. 54).

Osnovna naloga odgovornih v organizaciji je oblikovanje preventivnih in terapevtskih programov za preprečevanje in odpravljanje posledic izgorelosti. Ker preprečevanje in odpravljanje izčrpanja, ki vodi v poklicno izgorevanje povečuje konkurenčnost organizacije, je naloga vodilnega kadra, da v organizaciji aktivno sodeluje pri ugotavljanju poklicnega izgorevanja, raziskovanju prevladujočih vzrokov zanj in izbiri ustreznih intervencij. Potrebna je torej izbira ukrepov glede na analizo stanja v organizaciji. Takšna analiza mora zajeti različne aspekte dela, in sicer:

- analizo dejanske delovne obremenitve zaposlenega (količina, zahtevnost, vsebina dela, delovni čas),
- nadzor nad delom (ocena usklajenosti odgovornosti zaposlenega z njegovimi pristojnostmi),
- nagrajevanje (nagrade, možnosti napredovanja),
- delovno skupnost (odnosi v organizaciji),
- komunikacijske kanale oz. pretok informacij,
- pravičnost in vrednote (Inštitut za razvoj človeških virov, b. l.).

Pšeničnyeva je izvedla praktično delo z vodilnim kadrom v Sloveniji, ki dela v poklicnih s precejšnjo ogroženostjo za poklicno izgorevanje. Pokazalo se je, da vsi vodilni, brez izjeme nalagajo največ dela najbolj pridnim, ker ga nikoli ne odklonijo. Nasprotno, pa tistih, ki znajo postaviti mejo pretiranim nalogam ali ne želijo biti dodatno obremenjeni, ne obremenijo (prav tam).



Zaradi raziskovalnih spoznanj, kot ključen predlog izpostavljamo prispevek k ozaveščenosti vodilnega kadra v zvezi s problematiko poklicnega izgorevanja in možnost pozitivnega vpliva vodilnega kadra na reševanje problematike poklicnega izgorevanja. Poudarjamo vpliv medčloveških odnosov na poklicno izgorevanje zaposlenih. Slednje je prikazano v empiričnem delu naloge, saj anketiran vodilni kader kot najpomembnejše dejavnike poklicnega izgorevanja navaja ravno področje medosebnih odnosov, medsebojne podpore in komuniciranja na delovnem mestu. Torej so sami izpostavili, da je to področje, ki ga upoštevajo in ga je še potrebno okrepiti. Pri prepoznavanju in sanaciji izgorevanja zaposlenih vidimo potencial v subtilnosti vodilnih, da pravočasno zaznajo problematiko, kar praviloma vodi tudi v ustrezno sanacijo in je dokazano v empiričnem delu.

Ozaveščenost, da je ob strokovnem znanju in nenehnem izpopolnjevanju le-tega, nujno potrebna ustrežna stopnja človečnosti vodilnega kadra, je pogosto premalo prisotna. Slednje pa izvira tudi iz dejstva, da gre za pomanjkanje socioloških in psiholoških vedenj. Še vedno je vprašljiv pojem vesti, resnicoljubnosti, dobronamernosti in strpnosti do drugačnosti drugih. Notranja disciplina vodilnega kadra mora biti povezana z etično disciplino in etičnim ravnanjem.

Organizacije morajo spodbujati pripadnost svojih zaposlenih, in sicer s skupnim sprejemanjem ciljev in njihovim sprotim usklajevanjem, povezovanjem, spodbujanjem z zgledi vodstva, priznanji, neformalnimi srečanji. V tem primeru organizacija teži k najbolj zaželeni pripadnosti, t. j. afektivni (čustveni) pripadnosti organizaciji, pri kateri je značilno, da so zaposleni ponosni na svoje delo in organizacijo, ter imajo notranji občutek povezanosti.

## LITERATURA

1. IRČV – Inštitut za razvoj človeških virov. (b. l.). Pridobljeno, s <http://www.institut.burnout.si>.
2. Končina, M. (2010). Menedžerski pogled na stres. V B. Bregar, in J. Peterka Novak (ur.), *Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu: zbornik prispevkov z recenzijo* (str. 19–23). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
3. Maslach, C. in Leiter, M. P. (2002). *Resnica o izgorevanju na delovnem mestu. Kako organizacije povzročajo osebni stres in kako ga preprečiti*. Ljubljana: Educy.

# Posušeni krvni madeži za terapevtsko spremljanje koncentracij učinkovin

UDK 616-072.5

**KLJUČNE BESEDE:** kri, posušeni krvni madeži, TDM, vzorčenje

**POVZETEK** - Terapevtsko spremljanje koncentracij (TDM) je multidisciplinarna klinična dejavnost, ki se uporablja za optimizacijo in individualizacijo zdravljenja v splošni populaciji in v posameznih ciljnih skupinah. Običajno se TDM izvaja v plazmi ali serumu, ki sta pridobljena z venipunkcijo. V zadnjih letih je postala metoda s posušeni krvni madeži (DBS) primerna alternativa za tradicionalne metode vzorčenja, saj je TDM smiselno izvajati na najbolj stroškovno ekonomičen, racionalen, bolniku prijazen in klinično uporaben način. DBS je relativno enostavna in manj invazivna metoda vzorčenja, pri kateri se manjši volumen kapilarne krvi, ki je pridobljena z vbodom iz prsta ali pete bolnika, nanese na posebno papirnato kartico. To omogoča bolj pogosto zbiranje krvnih vzorcev, kar je še posebej pomembno v posebnih kliničnih situacijah pri občutljivih skupinah, kot so novorojenčki, starostniki, nosečnice ali bolniki v paliativni negi, pri katerih se tudi z etičnega vidika priporočajo čim manjši volumni odvzetih vzorcev. Na Katedri za biofarmacijo in farmakokinetiko, Fakultete za farmacijo, smo do sedaj poročali o uspešnem merjenju nekaterih antiepileptikov, analgetikov, antihipertenzivov, antipsihotikov in protirakavih zdravil v vzorcih DBS.

UDC 616-072.5

**KEY WORDS:** blood, dried blood spots, TDM, sampling

**ABSTRACT** - Therapeutic drug monitoring (TDM) is multi-disciplinary clinical specialty used for optimisation and individualisation of drug therapy in general populations and individual target groups. Traditionally, TDM is performed by using plasma or serum samples obtained by venipuncture. Recently, the dried blood spots (DBS) sampling technique is recognised as an appropriate alternative for conventional sampling methods, since TDM should be applied in the most cost-effective, rational, patient-friendly and clinically useful manner. The DBS method is relatively simple and minimally invasive sampling method, where a small volume of capillary blood obtained by finger or heel prick is applied on a special paper card. This allows more frequent collection of blood samples and is especially valuable in specific clinical situations involving sensitive populations such as new-borns, pregnant women, elderly or critically ill patients, where from the ethical view point small volume blood samples are recommended. At the Department of Biopharmacy and Pharmacokinetics, Faculty of Pharmacy, so far the quantification of drugs in DBS has already been reported for some antiepileptic, analgesic, antihypertensive, antipsychotic and anticancer drugs.

## 1 Uvod

Terapevtsko spremljanje koncentracij zdravilnih učinkovin predstavlja multidisciplinarno klinično dejavnost namenjeno izboljšanju oskrbe bolnikov preko individualizacije odmerjanja zdravilnih učinkovin, za katere so v klinični praksi ali kliničnih študijah dokazali, da TDM izboljša izid zdravljenja tako v splošni kot tudi v specifični populaciji. TDM temelji predvsem na pridobivanju demografskih, kliničnih in farmakogenetskih podatkov in naknadnih meritev koncentracij učinkovin (farmakokinetični monitoring) ali označevalcev (farmakodinamski monitoring) v biološkem vzorcu (International Association of Therapeutic Drug Monitoring and Clinical Toxicology, 2013). Koncept TDM je zasnovan na meritvi koncentracij učinkovin v bioloških vzor-

cih, običajno v dveh časovnih točkah. Referenčni interval je interval koncentracij, ki se uporablja kot vodilo za spremljanje terapevtskega učinka in neželenih učinkov. Po drugi strani, terapevtsko območje za posameznega bolnika, ni nujno znotraj referenčnega intervala (Patsalos, Berry, Bourgeois, Cloyd, Glauser, Johannessen, Leppik, Tomson, Perucca, 2008). Ugotavljanje individualnih terapevtskih koncentracij je cilj TDM in zaradi tega je dostopnost ustreznih analitskih metod ključna za ustrezen TDM. Kvantitativne meritve se najpogosteje izvajajo z uporabo komercialno dostopnih testov ali analitskih metod kot so imunotesti in kromatografske tehnike (Gross, 2001).

Spremljanje koncentracij učinkovin je smiselno izvajati pri zdravlilih z naslednjimi lastnostmi:

- ozko terapevtsko okno
- izražena farmakokinetična variabilnost
- poznan odnos med koncentracijo zdravilne učinkovine in farmakološkim učinkom (terapevtski ali neželeni učinki)
- vzpostavljeno terapevtsko koncentracijsko območje učinkovine
- dostopnost ustreznih analiznih metod za meritev koncentracij učinkovin.

TDM se uporablja pri individualizaciji zdravljenja še posebej v primerih, ko se farmakokinetika učinkovine spreminja zaradi fizioloških sprememb (npr. nosečnice) ali spremembe v terapiji (npr. zamenjava zdravila), za prepoznavanje z navodili neskladnega jemanja zdravila, ugotavljanje interakcije med zdravili ob sočasni uporabi drugih zdravil in za potrditev klinične toksičnosti (Bochner in Tonkin, 1993; Reynolds in Aronson, 1993).

Običajno se TDM zdravilnih učinkovin izvaja z uporabo plazemskih ali serumskih vzorcev pridobljenih z venepunkcijo. Pomerjena koncentracija v bioloških tekočinah se potem uporablja za individualizacijo zdravljenja s ciljem ustreznega nadzora bolezni s čim manj neželenih učinkov. Ostali biološki vzorci kot slina, cerebrospinalna tekočina ali materino mleko se prav tako lahko uporabljajo v namene TDM, vendar je iz praktičnih razlogov njihova uporaba vprašljiva (Johannessen in Landmark, 2008; Patsalos, Berry, 2013). Ker je TDM smiselno izvajati na najbolj stroškovno ekonomičen, bolniku prijazen in klinično uporaben način, se je v zadnjih letih metoda s posušenimi krvnimi madeži (DBS) izkazala kot primerna alternativa za tradicionalne plazemske vzorce (Touw, Neef, Thomson, Vinks, 2005). V nadaljevanju sledi bolj podroben opis DBS metode.

## 2 Metoda s posušenimi krvnimi madeži

### 2.1 Priprava vzorca

Metoda s posušenimi krvnimi madeži je relativno enostavna metoda vzorčenja pri kateri se majhen volumen kapilarne krvi, ki jo dobimo z vbodom prsta ali pete, nanese na posebno papirnato kartico. Na tržišču so dostopne papirnate kartice z različnimi lastnostmi: Whatman 903, Ahlstrom 226, Whatman FTA DMPK-A,B,C, Whatman 31 ET CHR, Whatman 3 in Agilent Bond Elut DMS. Izbira kartice je odvisna od fizi-

kalno-kemijske lastnosti zdravilne učinkovine in analitskih zahtev (Sharma, Jaiswal, Shukla, Lal, 2014; Wilhelm, den Burger, E.L. Swart, 2014). Najbolj pogosto se uporablja Whatman 903, ki je s strani Agencije za prehrano in zdravila (FDA) odobrena kot medicinski pripomoček za zbiranje krvnih vzorcev. Za pridobivanje ustreznega DBS vzorca se sledi naslednjim praktičnim priporočilom:

- masaža vbodnega mesta s ciljem stimulacije cirkulacije
- dezinfekcija z 70 % alkoholom
- vbod s sterilno lanceto za enkratno uporabo
- odstranitev prve nastale kapljice krvi
- nanos kapljice na označeno mesto brez neposrednega stika z DBS kartico
- sušenje kartice na sobni temperaturi vsaj 3 ure
- shranjevanje v ustrezno označeni plastični vrečki s sušilnim sredstvom
- pošiljanje v analizni laboratorij (Mei, Alexander, Adam, Hannon, 2001).

Alternativen način DBS vzorčenja je z uporabo kapilare z antikoagulantom ali kvantitativen nanos venske krvi pridobljene z venepunkcijo s pipeto (Spoonier, Lad, Barfield, 2009). Pozorni moramo biti, da vzorec homogeno naneseemo in dobro posušimo. Izbira pogojev shranjevanja je odvisna od lastnosti učinkovine.

Za kratkotrajno shranjevanje je za večina učinkovin primerna sobna temperatura. Za dolgotrajnejše shranjevanje (več kot tri mesece) se priporoča shranjevanje v zamrzovalniku (Mei, Alexander, Adam, Hannon, 2001; Shipping Guidelines for Dried-Blood Spot Specimens, 2012). Čeprav gre za enostavno metodo vzorčenja, je potrebna ustrezna usposobljenost, s katero je mogoče tudi samovzorčenje v domači oskrbi.

Možne napake pri vzorčenju vodijo k napačni interpretaciji pridobljenih rezultatov. Agencija za prehrano in zdravila je objavila navodila za zbiranje krvnih vzorcev, med njimi tudi za DBS metodo, ki je odobrena pri presejalnih testih pri novorojenčkih (Blood collection on filter paper for newborn screening programs, 2013).

## 2.2 Analiza vzorca

Po prihodu DBS kartice v analizni laboratorij se najprej izvede vizualni pregled za ugotovitev morebitne neustreznosti DBS vzorcev za kvantitativno analizo. Potem se DBS madež izreže v celoti ali se določen volumen madeža izreže s posebnim luknjačem za papir.

V nadaljevanju sledijo postopki ekstrakcije učinkovin iz madeža z različnimi topili (metanol, acetonitril, voda), s čimer dobimo ustrezen vzorec za kvantitativno analizo (Edelbroek, van der Heijden, Stolk, 2009). Enostavnost in številne prednosti DBS vzorčenja so prispevale k hitrem razvoju občutljivih analiznih metod za kvantifikacijo učinkovin (Demirev, 2013; Tanna, Lawson, 2011).

Uporaba tovrstnih analiznih metod je še posebej pomembna zaradi majhnega volumna vzorca. V ta namen so bile objavljene številne analizne metode, kot na primer imunološke metode ali kromatografske metode sklopljene z občutljivimi in specifičnimi načini detekcije. Tekočinska kromatografija sklopljena z masno detekcijo je prva izbira za tovrstne analize (Wagner, Tonoli, Varesio and Hopfgartner, 2014).

Validacija razvite metode se ponavdi izvaja po obstoječih smernicah za bioanalizne metode (Guideline on bioanalytical method validation; Guidance for industry: Bioanalytical method validation). Vendar specifika DBS vzorcev zahteva vrednotenje dodatnih parametrov, ki vplivajo na zanesljivost meritve (Jager, Rosing, Schellens and Beijnen, 2014).

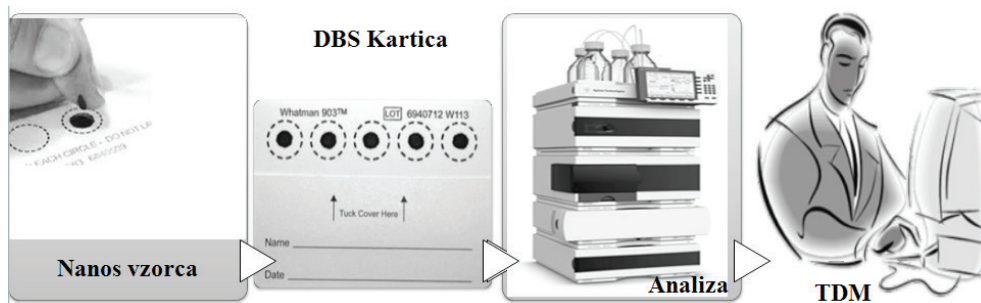
Eden izmed najpomembnejših parametrov je hematokrit, ki vpliva na homogenost in nastanek madeža in posledično na točnost, ponovljivost in izkoristek metode. Ostali parametri so:

- vpliv volumna vzorca na rezultat meritve,
- homogenost madeža,
- preverjanje analiznega postopka s ponovno analizo vzorca in
- simulacija pogojev pri transportu in shranjevanju (Jager, Rosing, Schellens and Beijnen, 2014; Milosheska, Grabnar, Vovk, 2015).

Cilj meritve koncentracije učinkovine v biološkem vzorcu je pridobiti vrednost, ki natančno odraža koncentracijo učinkovine v in vivo pogojih v času vzorčenja. V ta namen je zato potrebno izbrati ustrezeni biološki vzorec, npr. polno krvi, plazmo ali serum (Hinderling, 1997).

Ker je pridobljena kapilarna kri v DBS vzorcih mešanica venske, arterijske in kapilarne krvi, se pomerjene koncentracije v DBS in plazemskih vzorcih lahko med sabo razlikujejo (Chiou, 1989). Pomemben del vrednotenja metode je zato klinična validacija, ki je potrebna za potrditev verodostojnosti pridobljenih rezultatov. Predstavlja primerjavo med koncentracijami učinkovine v DBS in plazemskih vzorcih (Edelbroek, van der Heijden, Stolk, 2009). Slika 1 prikazuje postopek TDM z DBS vzorci.

Slika 1: Prikaz TDM z DBS vzorci



### 2.3 Primerjava DBS s tradicionalnimi metodami vzorčenja

V primerjavi s tradicionalnimi metodami vzorčenja ima DBS metoda številne prednosti kot tudi nekatere pomanjkljivosti, ki so navedene v tabela 1 (Milosheska, Grabnar in Vovk, 2015; Amsterdam in Waldrop, 2010).

Tabela 1: Prednosti in pomanjkljivosti DBS metode

<i>Prednosti DBS</i>	<i>Komentar</i>
Enostaven in manj invaziven način vzorčenja	Vbod prsta ali pete je v splošnem bolj bolniku prijazen način vzorčenja v primerjavi z venepunkcijo. DBS metoda omogoča tudi samovzorčenje.
Majhen volumen vzorca (10-50 µl)	Je posebej zaželen pri občutljivih populacijah, kot so novorojenčki, starostniki, nosečnice ali bolniki v paliativni negi, ker je s tem omogočeno bolj pogosto vzorčenje.
Večja stabilnost vzorca	Učinkovine so bolj stabilne v posušeni DBS vzorcih kot v plazemskih vzorcih.
Enostavna priprava vzorca in nizki stroški transporta	Ni potrebna dodatna oprema za priprava vzorca (npr. centrifuga). Shranjevanje in transport vzorca po navadni pošti je bolj ekonomično.
<i>Pomanjkljivosti DBS</i>	<i>Komentar</i>
Občutljiva analizna metoda	Zaradi malega volumna DBS vzorca in kompleksnosti matriksa so potrebne občutljive analizne metode, ki zahtevajo dražjo in manj dostopno analitsko opremo.
Zapleten razvoj analiznih metod	Vrednotenje posebnih parametrov: izbira DBS kartice, vpliv hematokrita, vpliv volumna vzorca na pomerno koncentracijo, homogenost vzorca, stabilnost in pogoji shranjevanja.
Pomanjkanje ustreznih smernic za validacijo metod	Obstoječe smernice za validacijo bioanaliznih metod zaradi posebnosti DBS metode ne zadostujejo za popolno validacijo.
Klinična validacija	Potrebno je ugotoviti povezavo med koncentracijo učinkovine v plazemskih in DBS vzorcih.

### 3 Klinična uporabnost

TDM predstavlja enega od konceptov znanstveno utemeljene medicine. TDM ni samo postopek merjenja koncentracij v bioloških vzorcih, ampak tudi aplikacija pridobljenih in pravilno interpretiranih rezultatov v klinično prakso s ciljem izboljšanja oskrbe bolnikov. TDM z uporabo DBS vzorcev se že uporablja v klinični praksi za številne zdravilne učinkovine, ki so navedene v Tabela 2 (Sharma, Jaiswal in Shukla, 2014; Wilhelm, den Burger, Swart, 2014).

Na Katedri za biofarmacijo in farmakokinetiko, Fakultete za farmacijo, Univerza v Ljubljani, se aktivno ukvarjamo s tovrstno problematiko in postavljamo analizne metode za potrebe različnih kliničnih študij. Na primer, za potrebe klinične študije z lamotriginom v katero smo vključili 9 bolnikov z epilepsijo, smo razvili in validirali DBS metodo na osnovi tekočinske kromatografije visoke ločljivosti sklopljene z masno spektrometrijo. Metoda je bila validirana v območju od 0,1 do 20 mg/L za lamotrigina in njegov glavni metabolit. Potrdili smo njeno ustreznost za rutinski TDM (Vovk, Milosheška, Lorber, Gustin, in Grabnar, 2015).

Tabela 2: Primeri TDM z uporabo DBS vzorčenja

Terapevtska skupina/zdravilna učinkovina				
Antihipertenzivi Ramipril Losartan Bisoprolol Atenolol Propranolol	Antibiotiki Rifampicin Ertapenem Linezolid Metronidazol Moksifloksacin Rifaksimil Sisomicin Netilmicin	Antidepresivi Venlafaksin Fluoksetin Paroksetin Norfluoksetin Reboksetin	Antiepileptiki Fenobarbital Fenitoin Valprojska kislina Klonazepam Klobazam Karbamazepin Topiramid Rufinamid Lamotrigin Pregabalin Levetiracetam	Antivirostatiki Efavirenz Ribavarin Tenofovir Emtricitabin Lopinavir Ritonavir Atazanavir Raltegravir Oseltamivir Nevirapin Etravirin Darunavir Sakvinavir Amprenavir
Protirakava zdravila Busulfan Paclitaksel Imatinib Nilotinib Dasatinib	Antimikotiki Posakonazol Flukonazol Vorikonazol	Imunosupresivi Ciklosporin Mikofenolna kislina Takrolimus Sirolimus Everolimus	Antiastrmatiki Salmeterol Teofilin	Histamin H2-receptor antagonisti Ranitidin
Analgetiki Acetaminofen Metadon	Antimalariki Meflokvin Tafenokvin Sulfadoksin +pirimetamin	Diuretiki Kanrenon	Statini Simvastatin	Antidijabetiki Metformin

DBS vzorčenje smo uporabili tudi v klinični študiji izvedeni na pediatrični populaciji z vključenimi 18 bolniki z epilepsijo na stabilni terapiji z okskarbazepinom. Razvita je bila občutljiva metoda na osnovi tekočinske kromatografije visoke ločljivosti sklopljene z masno spektrometrijo, ki omogoča sočasno merjenje koncentracij okskarbazepina, njegovega glavnega aktivnega metabolita likarbazepina in neaktivnega dihidroksi metabolita. Metoda je bila tudi klinično validirana pri čemer je bila vzpostavljena povezava s plazemskimi koncentracijami (rezultati raziskave so v procesu objave).

Razvita je tudi analizna metoda za merjenje koncentracij protirakavih zdravil imatinib, dasatinib in nilotinib s ciljem vpeljave TDM z uporabo DBS vzorcev v klinično prakso pri zdravljenju kronične mieloidne levkemije (Kralj, Trontelj, Pajic, Kristl, 2012). DBS metoda je bila razvita tudi za etopozid, protirakavo zdravilo prve izbire za zdravljenje pljučnega drobnoceličnega raka (Kukec, 2015).

Do sedaj smo poročali tudi o uspešnem merjenju nekaterih drugih antiepileptikov (karbamazepin in njegovi metaboliti) (Mikelj, 2015), analgetikov (remifentanil) (Tičar, 2015), antihipertenzivov (bisoprolol, metoprolol, ramipril) (Trobec, Trontelj, Springer, Lainscak, Kos, 2014) in antipsihotikov (haloperidol) (Hočevnar, 2014) v DBS vzorcih.

## 4 Sklep

Terapevtsko spremljanje koncentracij je že uveljavljena praksa v kliničnem okolju za številna zdravila. Kljub temu so potrebne dobro načrtovane študije stroškovne učinkovitosti uporabe TDM pristopa v klinični praksi v smislu zmanjševanja obolevnosti in smrtnosti bolnikov in posledično v povečanju varnosti zdravljenja. Metoda s posušeniimi krvnimi madeži predstavlja ustrezno alternativo konvencionalnim metodam vzorčenja, saj kot manj invazivna metoda omogoča bolj pogosto vzorčenje in hkrati tudi bolj enostavno shranjevanje odvzetega vzorca. Iz etičnega vidika je še posebej primerna pri občutljivih skupinah kot so novorojenčki, nosečnice, starostniki ali bolniki v paliativni negi.

## LITERATURA

1. Amsterdam, P. and Waldrop, C. (2010). The application of dried blood spot sampling in global clinical trials. *Bioanalysis*, 2 (11), 1783–1786.
2. Bochner, F. and Tonkin, A. (1993). The Clinician and Therapeutic Drug-Monitoring in the 1990s. *Med J Australia*, 158, 422–426.
3. Chiou, W. L. (1989). The Phenomenon and Rationale of Marked Dependence of Drug Concentration on Blood-Sampling Site. Implications in Pharmacokinetics. *Pharmacodynamics, Toxicology and Therapeutics*, 2, Clinical Pharmacokinetics, 17 (4), 275–290.
4. Clinical Laboratory and Standard Institute. Blood collection on filter paper for newborn screening programs.
5. Demirev, P. A. (2013). Dried Blood Spots: Analysis and Applications. *Anal Chem*, 85 (2), 779–789.
6. Edelbroek, P. M., van der Heijden, J. and Stolk, L. M. L. (2009). Dried Blood Spot Methods in Therapeutic Drug Monitoring: Methods, Assays, and Pitfalls. *Therapeutic Drug Monitoring*, 31 (3), 327–336.
7. Gross, A. S. (2001). Best practice in therapeutic drug monitoring. *Br J Clin Pharmacol*, 52 (1), 5S–10S.
8. Guideline on bioanalytical method validation: EMEA/CHMP/EWP/192217/2009.
9. Guidance for industry: Bioanalytical method validation. US Department of Health and Human Services, FDA, CDER and CVM, (2001).
10. Hinderling, P. H. (1997). Red blood cells: a neglected compartment in pharmacokinetics and pharmacodynamics, *Pharmacol Rev*, 49 (3), 279–295.
11. Hočevar, M. G. (2014). Razvoj in validacija metode za določanje haloperidola in reduciranega haloperidola v krvnih madežih s tekočinsko kromatografijo sklopljeno s tandemsko masno spektroskopijo. Ljubljana: Fakulteta za farmacijo.
12. International Association of Therapeutic Drug Monitoring and Clinical Toxicology (2013).
13. Jager, N. G., Rosing, H., Schellens, J. H. and Beijnen, J. H. (2014). Procedures and practices for the validation of bioanalytical methods using dried blood spots: a review, *Bioanalysis*, 6 (18), 2481–2514.
14. Johannessen, S. I. and Landmark, C. J. (2008). Value of therapeutic drug monitoring in epilepsy. *Expert Rev Neurother*, 8 (6), 929–939.
15. Kralj, E., Trontelj, J., Pajic, T. and Kristl, A. (2012). Simultaneous measurement of imatinib, nilotinib and dasatinib in dried blood spot by ultra high performance liquid chromatography tandem mass spectrometry. *J Chromatogr B*, 903, 150–156.
16. Kukec, R. R. (2015). Razvoj orodij za optimizacijo peroralnega odmerka etopozida pri zdravljenju bolnikov z drobnoceličnim pljučnim rakom.



17. Mei, J. V., Alexander, J. R., Adam, B. W. and Hannon, W. H. (2001). Use of filter paper for the collection and analysis of human whole blood specimens. *J Nutr*, 131 (5), 1631s–1636s.
18. Mikelj, M. (2015). Razvoj in validacija analize metode za določanje koncentracije okskarbazepina, karbamazepina in junih metabolitov v posušenih krvnih madežev. Ljubljana: Fakulteta za farmacijo.
19. Patsalos, P. N., Berry, D. J., Bourgeois, B. F., Cloyd, J. C., Glauser, T. A., Johannessen, S. I., Leppik, I. E., Tomson, T. in Perucca, E. (2008). Antiepileptic drugs--best practice guidelines for therapeutic drug monitoring: a position paper by the subcommission on therapeutic drug monitoring. *ILAE Commission on Therapeutic Strategies, Epilepsia*, 49 (7), 1239–1276.
20. Patsalos, P. N. and Berry, D. J. (2013). Therapeutic drug monitoring of antiepileptic drugs by use of saliva. *Ther Drug Monit*, 35 (1), 4–29.
21. Reynolds, D. J. M. and Aronson, J. K. (1993). *Abc of Monitoring Drug-Therapy - Making the Most of Plasma Drug Concentration Measurements*. *Brit Med J*, 306 (6869), 48–51.
22. Sharma, A., Jaiswal, S., Shukla, M. and Lal, J. (2014). Dried blood spots: Concepts, present status, and future perspectives in bioanalysis, *Drug Test Anal*, 6 (5), 399–414.
23. *Shipping Guidelines for Dried-Blood Spot Specimens* (2012).
24. Spooner, N., Lad, R. and Barfield, M. (2009). Dried Blood Spots as a Sample Collection Technique for the Determination of Pharmacokinetics in Clinical Studies: Considerations for the Validation of a Quantitative Bioanalytical Method, *Anal Chem*, 81 (4), 1557–1563.
25. Tanna, S. and Lawson, G. (2011). Analytical methods used in conjunction with dried blood spots. *Anal Methods-Uk*, 3, 1709–1718.
26. Tičar, E. (2015). Razvoj in validacija metode za določanje remifentanila v krvnih madežih popkovnične krvi.
27. Timmerman, P., White, S., Globig, S., Ludtke, S., Brunet, L. and Smeraglia, J. (2011). EBF recommendation on the validation of bioanalytical methods for dried blood spots, *Bioanalysis*, 3 (14), 1567–1575.
28. Timmerman, P., White, S., Globig, S., Ludtke, S., Brunet, L., Smith, C. and Smeraglia, J. (2011). EBF and dried blood spots: from recommendations to potential resolution. *Bioanalysis*, 3 (14), 1787–1789.
29. Timmerman, P., White, S., Cobb, Z., de Vries, R., Thomas, E. and van Baar, B. (2013). Update of the EBF recommendation for the use of DBS in regulated bioanalysis integrating the conclusions from the EBF DBS-microsampling consortium. *Bioanalysis*, 5 (17), 2129–2136.
30. Touw, D. J., Neef, C., Thomson, A. H. in Vinks, A. A. (2005). Cost-effectiveness of therapeutic drug monitoring: a systematic review. *Ther Drug Monit*, 27 (1), 10–17.
31. Trobec, K. C., Trontelj, J., Springer, J., Lainscak, M. and Kos, M. K. (2014). Liquid chromatography-tandem mass spectrometry method for simultaneous quantification of bisoprolol, ramiprilat, propranolol and midazolam in rat dried blood spots. *J Chromatogr B*, 958, 29–35.
32. Vovk, T., Milosheska, D., Lorber, B., Gustin, B. in Grabnar, I. (2015). Terapevtsko spremljanje koncentracij lamotrigina in njegovega presnovka 2-N glukuronida s pomočjo posušenih krvnih madežev. *Farmacevtski vestnik*.
33. Wilhelm, A. J., den Burger, J. C. in Swart, E. L. (2014). Therapeutic drug monitoring by dried blood spot: progress to date and future directions. *Clin Pharmacokinet*, 53 (11), 961–973.
34. Wagner, M., Tonoli, D., Varesio, E. and Hopfgartner, G. (2014). The use of mass spectrometry to analyze dried blood spots. *Mass Spectrom Rev*.

# Periferna arterijska bolezen pri bolnikih s prebolelim infarktomiokarda

UDK 616.13-004.6

**KLJUČNE BESEDE:** akutni miokardni infarkt, periferna arterijska bolezen, dejavniki tveganja, preventiva, referenčne ambulante

**POVZETEK** - Srčno-žilne bolezni so vodilni vzrok obolevnosti in umrljivosti pri moških in ženskah pri nas in v razvitem svetu. Ugotovljeno je, da klinično izražena ishemična bolezen srca predstavlja dejavnik tveganja za nastanek arteriosklerotičnih zapletov na drugih predelih arterijskega sistema. Cilj naše raziskave je bil ugotoviti prevalenco periferne arterijske bolezni in krčnih žil pri osebah s prebolelim infarktomiokarda. V testni skupini je bilo 68 oseb s prebolelim infarktomiokarda med 38. in 78. letom starosti, od tega 42 moških in 26 žensk. Kontrolna skupina, ki je imela 68 preiskovancev brez ishemične bolezni srca, je bila primerljiva s testno po starosti, spolu in kraju bivanja. Periferno arterijsko bolezen na spodnjih udih smo diagnosticirali s pomočjo ultrazvočnega doplerskega detektorja, medtem ko smo krčne žile ugotavljali s kliničnim pregledom. Periferno arterijsko bolezen smo diagnosticirali pri 47,1 % bolnikov s prebolelim infarktomiokarda in pri 22,1 % preiskovancev kontrolne skupine ( $p < 0,05$ ). 67,7 % preiskovancev iz testne in 70,6 % iz kontrolne skupine ima krčne žile na spodnjih udih. Razlika ni statistično pomembna. Zdravniki družinske medicine in preventivno usmerjeni zdravstveni delavci morajo najti ravnotežje med preventivo, zdravljenjem in rehabilitacijo pacientov.

UDC 616.13-004.6

**KEY WORDS:** acute myocardial infarction, peripheral arterial disease, risk factors, prevention, reference clinics

**ABSTRACT** - Cardiovascular diseases are the leading cause of morbidity and mortality for men and women in Slovenia and worldwide. It is found that clinically evident ischemic heart disease represents a risk factor for atherosclerotic complications in other parts of the arterial system. The aim of this study was to determine the frequency of peripheral arterial disease and varicose veins in patients after an acute myocardial infarction, aged between 38 and 78 years, of which 42 participants were men and 26 women. The control group consisted of 68 subjects without ischemic heart disease, who were comparable to the test group by age, gender and place of residence. Peripheral arterial disease in the lower limbs was diagnosed by means of Doppler ultrasound, whereas varicose veins were diagnosed clinically. Peripheral arterial disease was diagnosed in 47.1 percent of patients after a myocardial infarction and in 22.1 percent of the control group. The difference is statistically significant ( $p < 0.05$ ). 67.7 percent of patients in the test group and 70.6 percent of patients in the control group had varicose veins of the lower limbs. The difference is not statistically significant. GP specialists and prevention-oriented health professionals should strike a balance between prevention, treatment and rehabilitation.

## 1 Uvod

Srčno-žilne bolezni so pri nas in v razvitem svetu vodilni vzrok zbolewnosti in umrljivosti pri moških in ženskah. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje so v Sloveniji bolezni in srca in žilja v letu 2012 povzročile 39 % vseh smrti, 32 % pri moških in 45 % pri ženskah. Tveganje za srčno-žilno smrt je za moške do 64. leta starosti 3,1-krat večje kot za ženske, za moške do 74. leta starosti je še 2,5 - krat višje kot za ženske enake starosti, po 80. letu starosti pa razlik med spoloma ni več. Največji porast umrljivosti zaradi srčno-žilnih obolenj se pojavi pri ženskah približno 10 let po menopavzi (Fras in Jug, 2013; Wald in Low 2003).

Ateroskleroza je kot kronična vnetno-degenerativna bolezen splet številnih bolezenskih sprememb med notranjo in srednjo plastjo arterijske stene, kjer se nalagajo holesterol ter vnetne celice, v napredovali fazi pa tudi vezivno tkivo in kalcij. Ključni dogodek v razvoju ateroskleroze je poškodba notranje plasti arterije z različnimi dejavniki kot so holesterol v lipoproteinih nizke gostote, sestavine cigaretne dima, mikroorganizmi in zvišan krvni tlak. Nastaja aterosklerotična leha, ki postopoma oži svetlino arterije in zmanjšuje krvni pretok. Ob raztrganju leh lahko novonastali krvni strdek nenadoma povsem zapre žilno svetlino in povzroči hudo poslabšanje bolezn. Če se zapre arterija, ki oskrbuje srčno mišico, pogosto pride do srčnega infarkta, če se zamaši možganska arterija, nastane možganska kap in pri zožitvi oziroma zapori periferne arterije pride do periferne arterijske bolezni (PAB) ali akutne ishemije udov. Glavni dejavniki, ki sodelujejo pri razvoju ateroskleroze so: kajenje, zvišan krvni tlak, zvišana raven maščob v krvi in sladkorna bolezen. Posebej so ogroženi bolniki, ki imajo hkrati več dejavnikov tveganja za ateroskleroza (Mlačak, 1995; Wald in Low, 2003).

Periferna arterijska bolezen ali poapnitev arterij udov je skupno ime za bolezen, ki zoži ali zamaši večje arterije na spodnjih ali, redkeje, na zgornjih udih. Več kot 90 % bolezni je posledica ateroskleroze, redkeje arterijsko zaporo povzročijo krvni strdki, ki priletijo iz srca ali se odkrušijo iz aorte ali večje arterije. Še redkeje so arterijske zapore posledica vnetnih žilnih bolezni, vaskulitisev. Akutni miokardni infarkt (AMI) nastane zaradi erozije ali rupture aterosklerotične lehe koronarne arterije, ki pomembno zoži ali popolno zapre svetlino koronarne arterije s posledično ishemijo in nekrozo prizadetega dela srčne mišice. Diagnoza sloni na klinični sliki (stenokardija – retrosternalna bolečina refrakterna na nitroglicerina), elektrokardiogramu in ugotavljanju označevalcev mišičnega razpada (troponin). Ateroskleroza torej ogroža arterije celotnega telesa, vendar so najbolj izpostavljene arterije srca, možganov in udov. Pogosto so pri isti osebi prizadete arterije na več žilnih odsekih, tako da niso redki bolniki, ki so utrpeli srčno in možgansko kap, neprehodne pa imajo tudi arterije na spodnjih udih. Aterosklerotične spremembe na arterijah spodnjih udov so povezane z enakimi spremembami na koronarnih arterijah, glede na starost in pogostost dejavnikov tveganja za razvoj ateroskleroze, tako da so osebe s periferno arterijsko boleznijo (PAB) izpostavljene velikemu tveganju za srčni infarkt, tudi če nimajo svarilnih znakov, kot je angina pectoris. Umrljivost bolnikov z zaporami arterij na spodnjih udih je kar do trikrat večja kot pri enaki starih osebah brez PAB (Empter, Schaper in Alexander, 1990; Rosenberg, Palmer in Shapiro, 1990). Cilj naše raziskave je ugotoviti prevalenco PAB pri bolnikih, ki so preboleli akutni miokardni infarkt. Hkrati smo želeli ugotoviti razliko v pogostosti dejavnikov tveganja med tesno (bolniki s prebolelimi AMI) in kontrolno skupino (preiskovanci brez ishemične bolezni srca).

## 2 Preiskovanci in metode

V raziskavo smo vključili 68 bolnikov s prebolelim akutnim miokardnim infarktom, ki so živeli do 30. 6. 2015 na področju občine Metlika med 38. in 78. letom starosti, od

tega 42 moških in 26 žensk (testna skupina). Uporabili smo metodo vzporejanja vezanih parov, tako da je v kontrolni skupini bilo tudi 68 preiskovancev. Vsakemu bolniku s prebolelim AMI smo našli njegov par, najbližjega soseda brez klinično manifestne ishemične bolezni srca, približno iste starosti ( $\pm 1$  leto), spolu ter po kraju bivanja. Skupini sta bili primerljivi po starosti, spolu in kraju bivanja. Kriteriji za uvrstitev preiskovancev v testno skupino so bili: 1. preboleli infarkt, 2. klinično diagnosticiran in elektrokardiografsko potrjen AMI ter 3. pozitiven (zvečan) označevalec mišične nekroze v krvi (troponin) (Mlačak, 1995). 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 stopala merili s pomočjo ultrazvočnega doplerskega detektorja. Za pataloško vrednost pri PAB smo imeli vrednost gleženjskega indeksa (GI)  $\leq 0,9$  (Mlačak, 1995).

Med hipertonike smo uvrstili paciente, ki so verificirani v ambulantnih kartonih in osebe, ki se zdravijo zaradi povišanega krvnega tlaka, ne glede na to, ali so 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 mm/Hg ali več, za povišan diastolični tlak pa smo imeli tlak, ki je znašal 90 mm/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 fibinogena smo opravili enkratno meritev. Za hiperholesterolemijo smo imeli, če je bila raven skupnega holesterola večja od 5,2 mmol/L, medtem ko se je hipertrigliceridemija pokazala, če je raven trigliceridov v plazmi večja od 2,3 mmol/L. Raven fibrinogena v plazmi nad 3,0 g/L smo imeli za povečano. Za dedno obremenjeno osebo smo imeli, če je ožji družinski član (oče, mati, stari oče, stara mama, stric, teta) preiskovanca v preteklosti utrpel srčno ali možgansko kap ali gangreno in amputacijo uda (Donnelly in Yeung, 2002; Blinc in Poredoš, 2007).

S pomočjo testa hi-kvadrat smo določili razlike v zastopanosti posameznih dejavnikov tveganja za aterosklerozo (hipertenzija, diabetes, hiperlipidemija, kajenje, debelost, fibrinogen, dednost) med testno (skupina bolnikov s prebolelim AMI) in kontrolno skupino. Z isto metodo smo testirali razlike v prevalenci PAB med preiskovanci s prebolelim AMI in skupino brez ishemijske bolezni srca.

### 3 Rezultati

Periferno arterijsko okluzivno bolezen smo ugotovili pri 32 ali 47,1 % preiskovancev s prebolelim akutnim miokardnim infarktom in pri 15 ali 22,1 % v kontrolni skupini. Razlika je statistično pomembna ( $p < 0,05$ ). V skupini bolnikov s prebolelim AMI je imelo 17,7 % preiskovancev lahko ishemijo udov ( $GI = 0,9-0,76$ ), 25 % srednje težko ishemijo ( $GI = 0,75- 0,51$ ) in 4,4 % težko ishemijo udov ( $GI < 0,5$ ). Istočasno je imelo v kontrolni skupini 19,1 % preiskovancev lahko ishemijo, 2,9 % srednje težko in nobeden težko ishemijo uda. Pogostost dejavnikov tveganja pri preiskovancih s prebolelim AMI in pri kontrolni skupini je prikazana v tabeli 1.

Pri bolnikih s prebolelim AMI so bili dejavniki tveganja za aterosklerozo pomembno pogosteje zastopani kot pri kontrolni skupini: hipertenzija, 92,7 %: 76,5 % ( $p < 0,01$ ), hiperlipemija, 89,7 %: 45,6 % ( $p < 0,001$ ), fibrinogen, 55,9 %: 35,3 % ( $p < 0,01$ ), diabetes, 32,4 %: 7,4 % ( $p < 0,001$ ) in pozitivna družinska anamneza (dednost) ( $p < 0,001$ ). Vsi bolniki s prebolelim AMI (testna skupina) jemljejo redno antiagregacijsko zdravilo (acetilsalicilna kislina), zdravilo za znižanje ravni holesterola v krvi (statini), zaviralec beta adrenergičnih receptorjev (blokator beta) in zaviralec angiotenzinske konvertaze (ACE inhibitorov). 67,7 % bolnikov s prebolelim AMI in 70,6 % preiskovancev kontrolne skupine ima krčne žile (varice). Razlika ni statistično pomembna.

*Tabela 1:* Pogostost dejavnikov tveganja pri preiskovancih s prebolelim srčnim infarktom ( $N = 68$ ) in pri kontrolni skupini

Dejavniki tveganja	Testna skupina	Kontrola	Značilnost razlik ( $p <$ )
Kajenje	23,5	26,4	N . S
Hipertenzija	92,7 %	76,5	0,01
Hiperlipemija	89,7 %	45,6	0,001
Zvišana telesna teža	50,0	42,7	N.S.
Fibrinogen	55,9	35,3	0,01
Diabetes	32,4 %	7,4	0,001
Dednost	54,4	13,2	0,001

### 4 Razprava

Rezultati naše raziskave kažejo pomembno večjo pogostost PAB pri bolnikih s prebolelim AMI, v primerjavi s kontrolno skupino, pri čemer se to dejstvo ujema z izsledki drugih kliničnih in epidemioloških raziskav (Hirsch, Criqui, Treat-Jacobson, Regensteiner, Creager idr., 2001; Fowkers, Low, Tuta in Kozak, 2006).

Hkrati smo ugotovili v testni skupini pomembno večjo zastopanost drugih dejavnikov tveganja za aterosklerozo, ki poleg dedne nagnjenosti močno pospešijo razvoj mikro – in makroangiopatije. Z oziroma, da bolniki po prebolelem srčnem infarktu imajo visoko koronarno ogroženost, ki znaša nad 40 %, je potrebno v sekundarni preventivi z nefar-

mokološkimi ukrepi in zdravili doseči ciljne vrednosti krvnega tlaka (RR pod 140/90 mmHg), holesterola (LDL pod 1,8 mmol/L ali vsaj pod 2,5 mmol/L), krvnega sladkorja (ciljni HbA1C pod 7 %), opustiti kajenje, zdravo se prehranjevati (zaščitna mediteranska dieta, biti primerno telesno dejavni in duševno sproščeni) (Mlačak, 1995).

Poleg redne kardiološke kontrole, med postopke sekundarne preventive sodijo dodatne neinvazivne in invazivne preiskave (koronarografija), ki pomagajo pri planiranju morebitnih revaskularizacijskih posegov (dilatacija zožitev na venčnih arterijah in vstavitev žilnih opornic, kirurška revaskularizacija miokarda). Ateroskleroza je difuzen patofiziološki proces, ki najbolj prizadene koronarne, karotidne in periferne, medtem ko oblika s simptomom običajno izbruhne najprej na enem mestu in kasneje na drugih. Najpogostejša simptomatska oblika ateroskleroze je koronarna bolezen. Bolezen lahko preprečimo z odstranitvijo njenih vzrokov, z vplivanjem na nekatere dejavnike, ki pogojujejo potek bolezni ter z delovanjem na tiste dejavnike, pri katerih smo ugotovili, da so statistično povezani s pojavom bolezni. Epidemiološke študije, eksperimentalne raziskave na živalih ter klinični in patomorfološki podatki so pokazali, da je del razvoja aterosklerotičnega procesa pogojen z življenjskimi navadami in z okoljem. Obstajajo argumentirani dokazi, da je trenutno zmanjšanje celotne smrtnosti zaradi bolezni, pogojeno z zmanjšanjem dejavnikov tveganja za aterosklerozo in spremembami v načinu življenja (Wald in Law 2003; Mlačak, Binc, Pahor in Stare, 2006).

Smisel primarne in sekundarne preventive je odstranjevanje ali vsaj zmanjšanje vpliva dejavnikov tveganja. Težave v dokazovanju učinka preventivnih in farmakoterapevtskih postopkov pri človeku se kažejo v specifičnosti aterosklerotičnega sindroma. Ta se razvija več let in desetletij brez simptomov, nato pa pogosto izbruhne z nepopravljivimi motnjami v delovanju. Tako je lahko nenadna srčna smrt, kot posledica koronarne ateroskleroze, prvi in edini znak ateroskleroze, ki se je razvijala dolga leta brez simptomov na notranjih plasteh venčnih arterij (Fras in Jug, 2013).

Rezultati dosedanjih raziskav pri nas in v svetu so nas prepričali, da je najbolj učinkovita zgodnja preventiva, ki naj bi se začela že v otroštvu in v največji meri prepreči pojavljanje aterosklerotičnih zapletov. Zato je Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije izdalo nova Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na ravni družinskega zdravnika. Osnovno zdravstvo mora pregledati ogrožene skupine prebivalstva in z ustreznimi ukrepi zmanjšati ogroženost posameznikov. Med ogrožene so uvrščeni moški in ženske, stari 30 in več, kar je velika sprememba, saj so do sedaj med ogrožene skupine uvrščali moške od 35 do 65 let in ženske stare od 45 do 70 let. Posameznike, ki so družinsko obremenjeni z boleznimi srca in žilja, družinsko pogojeno zvišano ravnijo holesterola v krvi in bolnike z diabetesom, pa zdravnik pregleda že pred to starostjo in nato ponovno vsakih pet let ali pogosteje. Uvaja se referenčna ambulanta, ki vodi diplomirana medicinska sestra, ki bo v celoti prevzela preventivno dejavnost in v povezavi z zdravnikom usklajevala ter načrtovala ukrepe v celostni preventivni dejavnosti. V petih letih bo medicinska sestra opravila preglede pri vseh opredeljenih pacientih in jih ponavljala vsakih pet let. Ob preventivnem pregledu diplomirana medicinska sestra oceni dejavnike tveganja in preiskovancu na podlagi tabeliranih vrednosti posameznih dejavnikov tveganja določi absolutno skupno ogro-

ženost za srčno bolezen. Če ta presega 20% v prihodnjih 10-tih letih, preiskovanca vključi v register ogroženih. Obravnava posameznika je odvisna od ocenjene stopnje ogroženosti. V zdravstvenih ustanovah so že vzpostavljene svetovalne dejavnosti, ki ogroženim posameznikom in skupinam pomagajo pri spreminjanju življenjskega sloga, oziroma nefarmakološkem načinu odpravljanju dejavnikov tveganja za aterosklerozo. Če zdrava prehrana, hujšanje in telesna dejavnost niso učinkoviti, se bo zdravnik v skladu s strokovnimi smernicami odločal tudi o zdravljenju dejavnikov tveganja z zdravili. Uvajanje referenčnih ambulant z diplomirano medicinsko sestro omogoča približanje posameznikom in skupinam ogroženih prebivalcev s poučnimi vsebinami ter jih prikazati na njim razumljiv način, pojasniti naravo in potek bolezni, organizirati razne oblike rekreacije in telesne dejavnosti ter na praktičen način, z organiziranjem tečajev, prikazati pripravo zdrave, srcu prijazne hrane. Zdravstvena vzgoja in delo v majhnih skupinah udeležencem pomagata odkrivati težave, se pogovarjati o velikosti problema, pripraviti lasten načrt dejavnosti za spremljanje tveganega obnašanja in vztrajati pri spremembah zdravju škodljivih vedenjskih vzorcev. Torej bo v referenčni ambulanti diplomirana medicinska sestra imela na razpolago več časa za zdravstveno vzgojo in preventivne ukrepe, ki jih bo načrtovala skupaj s posameznikom ali skupino bolnikov z enakimi zdravstvenimi težavami. Hkrati bo spremljala in vodila številne bolnike s sladkorno boleznijo, hipertenzijo, astmo in kroničnim bronhitisom z emfizemom (KOPB) (Poplas-Susič, Švab in Kersnik, 2013).

Izkazalo se je, da določanje koronarne ogroženosti, tj. izračunavanje tveganja za koronarni dogodek na podlagi prisotnosti dejavnikov tveganja za razvoj ateroskleroze, ni dovolj zanesljivo in učinkovito. Za doseganje večje zanesljivosti in motivacije za preventivo in zdravljenje ogroženih posameznikov, dandanes proučujejo metode za določanje začetnih sprememb na notranjih plasteh arterij, ki še niso hemodinamsko in klinično pomembne, so pa napovedni dejavnik za nastanek zapletov. Med neinvazivne metode sodijo: merjenje debeline intime in medije v karotidnih arterijah, določanje vrednosti GI, ultrazvočno ugotavljanje znakov za hipertrofijo levega prekata ali segmentnih motenj krčenja in ugotavljanje kalcijevih depozitov v koronarnih arterijah z računalniško tomografijo »Elektron beam«.

Znotrajžilna ultrazvočna preiskava, zdaj samo v raziskovalne namene, omogoča vpogled v velikost in zgradbo aterosklerotične lehe, ter omogoča identifikacijo nestabilnih leh, ki so nevarne zaradi možnosti raztrganja in nastanka trombotične zapore. V zadnjih letih so na podlagi velikih dobro pripravljenih raziskav ugotovili pomembno večjo umrljivost v skupinah bolnikov z aterosklerotičnimi arterijami v primerjavi s skupinami preiskovancev z zdravimi arterijami in to na račun večje umrljivosti zaradi srčno-žilnih bolezni predvsem zaradi srčnega infarkta. Zaradi omenjenih dejstev poudarjamo veliki pomen ugotavljanja začetnih sprememb na notranji plasti arterij, s ciljem uvajanja preventivnih ukrepov in pravočasnega zdravljenja (Blinc in Poredoš, 2007).

V testni in kontrolni skupini smo ugotovili veliko prevalenco krčnih žil in kroničnega venskega popuščanja. Pri tem je potrebno poudariti, da je v obeh skupinah veliki odstotek oseb starejših od 60 let. Starost pa je pomemben dejavnik tveganja za vse kronične bolezni, tako tudi za vse kronične bolezni, tako tudi za nastanek krčnih žil.

Hkrati nismo ugotovili pomembno večjega števila krčnih žil pri bolnikih s prebolelim AMI in bolnikih s PAB v primerjavi s tistimi brez aterosklerotskih zapletov. Nekateri avtorji so ugotovili večjo prevalenco patoloških stanj venskega obtoka pri bolnikih s PAB, oziroma aterosklerozo arterij. Ti nastanek aterosklerotične venopatije pri aterosklerozi arterij utemeljujejo z zmanjšano oskrbo sosednjih ven s kisikom in hranljivimi snovmi, kar pripelje do tromboze, poškodbe venskega zida in insuficience venske zaklopke. Zaradi arterijske stenoze in širjenja kolateralnega krvotoka in venul hkrati slabi mehanizem zmanjšanja arterijsko-venske razlike (»vis a tergo«) in zaradi ishemijske mišic krače slabi učinek mišične tlačilke. V resnici pa ta povezava ni dokazana. To potrjujejo tudi naši rezultati. Gre za naključna opažanja posameznih avtorjev, pri katerih so na prisotnost ali odsotnost varic poleg arterijske okluzivne bolezni najverjetneje vplivale še druge spremenljivke, kot so dednost, starost, spol, ortostaza in plosko stopalo. Aterosklerotska venopatija, tj. varica, povzročena z aterosklerotsko stenozo arterije, je relativno redka. Drugi dejavniki tveganja, kot so dednost, spol in starost so glavni dejavniki tveganja za nastanek varic in nadomestijo učinek PAB, ki v patogenezi krčnih žil nima posebnega pomena (Empter in dr. 1990; Mlačak, Pavlič-Rotar, Ivka in Krajačič, 2004).

## 5 Zaključek

Z zdravim življenjskim slogom od zgodnje mladosti, ki sloni na zdravi prehrani, nekadilstvu, duševni sproščenosti in starosti, primerni telesni dejavnosti, lahko vplivamo na večino dejavnikov tveganja za razvoj ateroskleroze in tako zmanjšamo tveganje za nastanek srčne in možganske kapi. Glede na to, da učinkovitega zdravila za odpravo ateroskleroze ni, lahko pogostost aterosklerotičnih zapletov, kot so srčni infarkt, možganska kap in gangrena udov, zmanjšujejo le sistematični dolgoročni preventivni ukrepi, ki temeljijo na odpravljanju in zdravljenju dejavnikov tveganja. Ob temu vedno poudarjamo, da se v primarni preventivi ne usmerjamo le k posameznim dejavnikom tveganja, temveč je za vsakega posameznika potrebno oceniti njegovo skupno srčno-žilno ogroženost in sestaviti načrt preprečevanja zapletov, ki temelji na zdravem življenjskem slogu, izogibanju stresa in redni telesni dejavnosti. Ugotavljanje zgodnjih morfoloških sprememb na notranji plasti arterije, kot so nestabilne aterosklerotične lehe, meritev debelosti intime in medije, ter ugotavljanje funkcionalnih motenj, kot so določanje GI, krčljivosti srčne mišice in meritev hitrosti krvi na posameznih žilnih odsekih, so postopki, ki pripomorejo bolj učinkovitemu preprečevanju zapletov ateroskleroze. Pri osebah z veliko koronarno ogroženostjo, tj. pri pacientih s klinično izraženo sliko, ishemične, cerebrovaskularne ali periferne arterijske bolezni je potrebno z nefarmakološkimi ukrepi in zdravili doseči ciljne vrednosti dejavnikov tveganja za aterosklerozo. Telesna dejavnost, ki se ujema s psihofizičnimi lastnostmi posameznika in z objektivnimi pogoji njegovega bivalnega okolja, izogibanje vsaki bolezenski odvisnosti in krepitev psihične stabilnosti so z ene strani pomembni dejavniki v preventivi različnih bolezni, z druge strani pa sestavni del celotne terapije pri bolnikih različnih kategorij. To se sklada s sodobnim stališčem medicinskih strokovnjakov,



ki menijo, da bolnik ne more biti samo pasivni porabnik zdravstvenih uslug, ampak mora dejavno sodelovati v poteku zdravljenja. Istočasno mora z zdravim življenjskim slogom in dejavnim odnosom do lastnega zdravja krepiti odpornost in psihofizično kondicijo. Razvoj modela referenčnih ambulant pomeni nadgradnjo dela ambulant družinske medicine v vsebinskem in organizacijskem smislu, ker delitev dela med zdravnikom in diplomirano medicinsko sestro omogoča bolj poglobljeno obravnavo pacienta in dosledno izvajanje ukrepov iz nabora (področja) primarne in sekundarne preventive.

## LITERATURA

1. Blinc, A. in Poredoš, P. (2007). Pharmacological prevention of atherothrombotic events in patients with peripheral arterial disease. *Eur J Clin Invest*, 37 (3), 157–164.
2. Donnelly, R. in Yeung, J. (2002). Management of intermittent claudication: The importance of secondary prevention. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 23 (3), 100–107.
3. Empter, M., Schaper, C. and Alexander, C. (1990). Koinzidenz von arterieller Verschlusskrankheit und chronischer Veneninsuffizienz. *Phlebol Proctol*, 19 (3), 215–222.
4. Fowlers, F. G., Low, L. P., Tuta, S. and Kozak, J. (2006). Ankle – Brachial index and extent of atherothrombosis in 8891 patients with or at risk of vascular disease: Results of the international AGATHA study. *Eur Heart J*, 27 (2), 1861–1867.
5. Fras, Z. in Jug, B. (2013). Smernice za preprečevanje bolezni srca in žil v klinični praksi – ključna sporočila in novosti. *Slov Kardiolog*, 10 (1), 53–88.
6. Hirsch, A. T., Criqui, M. H., Treat – Jacobson, D., Regenstener, J. G., Creager, M. A., Olin, J. W. idr. (2001). Peripheral disease detection, awareness and treatment in primary care. *Jama*, 286 (8), M 1317–1324.
7. Mlačak, B. (1995). *Angiologija za prakso*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za splošno medicino.
8. Mlačak, B., Blinc, A., Pohar, M. and Stare, J. (2006). Peripheral arterial disease and ankle – brachial pressure index as predictor of mortality in residents of Metlika county, Slovenia. *Croat Med J*, 47 (5), 327–334.
9. Mlačak, B., Pavlič - Rotar, D., Ivka, B. and Krajačič, B. (2004). Periferna arterijska okluzivna bolezen in krčne žile pri diabetikih. *Zdravniški vestnik*, 73 (12), 885–887.
10. Poplas - Susič, T., Švab, I. and Kersnik, J. (2013). Projekt ambulant družinske medicine v Sloveniji. *Zdravniški vestnik*, 82 (10), 635–647.
11. 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.
12. Wald, N. J. and Law, M. R. (2003). A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80 %. *BMJ*, 326 (2), 1419–1424.

# Procjena kvalitete života starijih osoba

UDK 316.728-053.9

**KLJUČNE RIJEČI:** kvaliteta života, starije osobe, dohodak, umirovljenje

**POVZETEK** - Umirovljenje ima različito značenje za ljude s obzirom na promjene koje izaziva u životu osobe i obitelji. Neke od uobičajenih pozitivnih promjena su: više vremena se provodi kod kuće, nema određenog rasporeda obveza, više slobodnog vremena za susrete s članovima obitelji i prijateljima. Uobičajeni negativni aspekti umirovljenja su: smanjenje razine prihoda u odnosu dok je pojedinac bio zaposlen, gubitak samopoštovanja uslijed gubitka radne socijalne uloge, gubitak identiteta kao pripadnika profesije, gubitak profesionalnih socijalnih kontakata, eventualni gubitak zdravlja te promjene u obiteljskim odnosima. Kao metoda korištena je deskriptivna statistika na osnovu prikupljenih podataka iz standardiziranog upitnika sastavljenog od 17 sklopova koji su se odnsili na kvalitetu života starijih osoba. Ukupno je anketirano 30 ispitanika, pri čemu je 12 bilo ženskog, a 18 muškog spola. Za prvu rednu hipotezu koristili smo usporedbu mjesečnog dohotka s obzirom na spol. Rezultati dobiveni putem Hi-kvadrat testa pokazali su da starije osobe muškog spola ipak imaju nešto veća mjesečna primanja u odnosu na žene starije životne dobi. Za drugu hipotezu koristeći računalni program SPSS izračunali smo Cramerov Fi - koeficijent možemo zaključiti da se hipoteza prihvaća, naime osobe ženskog spola nešto su sklonije osjećaju osamljenosti od onih muškog spola. Također rezultati iz testiranja treće hipoteze pokazali su da porastom godina starosti smanjuje se pozitivan stav o starosti. Stare osobe relativno mlađe dobi imaju nešto pozitivnije mišljenje o starosti, od onih u poodmakloj dobi.

UDC 316.728-053.9

**KEY WORDS:** quality of life, the elderly, income, retirement

**ABSTRACT** - Retirement has different meanings for people according to the changes it causes in the individual and family's life. Some of the usual positive changes are: more time spent at home, none of the usual mandatory schedules, more leisure time for meeting family members and friends. The usual negative aspects: low income compared to the one before retiring, loss of self-esteem due to losing the social working role, loss of identity as a member of a certain profession, loss of professional social contacts, possible loss of health, and changes in family relationships. Descriptive statistics was used based on the obtained data through a standardised survey made out of 17 frames that were related to the quality of life of elderly people. A total of 30 examinees undertook the survey, among which there were 12 women and 18 men. The first hypothesis used the comparison of monthly incomes with respect to gender. The results obtained through CHI-square test showed that elderly men have slightly bigger incomes than the women. The other hypothesis used the SPSS computer programme which helped obtain the Cramer FI coefficient and prove the hypothesis, that women are slightly more prone to the feeling of loneliness than men. In addition, the results of the third hypothesis showed that higher age is associated with lower attitude towards aging. Elderly people of relatively young age have a more positive opinion about aging than elderly people of a more progressive age.

## 1 Uvod

Za uspješno starenje nužne su djelotvorne tehnike suočavanja sa stresnim situacijama, učenje načina prilagodbe na nove životne izazove i zahtjeve, održavanje sustava socijalnih mreža i potpore te nadomještanje izgubljenih socijalnih kontakata novima. Uspješno starenje podrazumijeva pozitivnu sliku sebe, usvajanje novih navika – tjelesnih i psihičkih, održavanje socijalnih odnosa, umijeće uživanja u samoći, razvijanje životne filozofije koja omogućava spoznavanje smisla življenja i poticanje vlastitih potencijala. Dok se u stranoj literaturi nalazi da su prijevremena umirovljenja po-

vezana s traženjem i nalaženjem posla, pa čak i s izgradnjom nove karijere, skupine redovitih i prijevremenih umirovljenika u Hrvatskoj ne razlikuju se u rezultatima postignutima na skali reaktivacije. To je vjerojatno zato što i jedni i drugi imaju nedostatak mirovine i egzistencijalne probleme koje rješavaju nekim radnim aktivnostima, ali ne i novim zaposlenjem jer je ono nedostupno prijevremeno umirovljenima od kojih su neki i umirovljeni kao «višak» radne snage pri raspadu tvrtki u kojima su radili (Bejaković, 2005). Istraživanje koje je provelo sveučilište Kent, na 1317 starijih osoba, prikazuje različitost u kvaliteti života starijih ovisno žive li oni sa obitelji ili same. Osobe koje žive u kućanstvu sa zaposlenim članovima obitelji ugodnije žive, nego osamdeset godišnjaci koji žive sami sa manje od 80 funti na tjedan (Giddens, 2007). Važno je naznačiti da zaposlenje ostalih članova obitelji ima važnu ulogu jer u protivnom dolazi do ekonomskog zlostavljanja starijih osoba kada je mirovina jedini prihod članovima obitelji. Istraživanje Cappelizeua (1989), navodi da su rizični faktori za pojavu depresije u starijoj dobi: ženski spol, niski socioekonomski status, prethodne depresivne epizode, bračno stanje (neudana, udovica, razvedena).

Postoje dvije vrste osamljenosti: osamljenost kao stanje i osamljenost kao osobina ličnosti. Osamljenost kao stanje javlja se kada smo privremeno isključeni iz socijalnih odnosa koji su nas zadovoljavali, a osamljenost kao crta ličnosti se odnosi više na bazične osobine ličnosti. Međutim, teško je razgraničiti kada se radi o osamljenosti kao stanju, a kada o osamljenosti kao osobini ličnosti. Mnoštvo je definicija osamljenosti, a proizlaze iz različitih teorijskih okvira (Gibbson, 2000). Jedan od pristupa koji objašnjava osamljenost naglašava važnost urođene ljudske potrebe za privatnošću. Drugi naglašava kognitivne procese koji se odnose na percepciju i evaluaciju socijalnih veza. Takav kognitivni pristup objašnjava da se osamljenost javlja onda kada pojedinac doživi neslaganje željenog i postignutog obrasca postignutih socijalnih veza. Sljedeći pristup naglašava nedovoljnu socijalnu uključenost pojedinca. Naša kultura karakterizirana je seksizmom, serijama stereotipa i predrasuda povezanima sa starenjem. Jedan od razloga usamljenosti i povlačenja iz društva žena starije životne dobi je svakako pritisak društva u kojem se vrednuje mladost, mršavost i ljepota. Stoga autori Zeman i Zeman (2014) upozoravaju da su osobe ženskog spola u starijoj dobi i zbog ovog razloga usamljenije. Osamljenost bi se mogla definirati kao subjektivno nezadovoljstvo interpersonalnim odnosima nastalo uslijed promjena trenutnih socijalnih odnosa ili uslijed promjena u željama i potrebama u socijalnim odnosima. Neki autori naglašavaju postojanje dva tipa osamljenosti: emocionalnu osamljenost i socijalnu osamljenost. Emocionalna osamljenost je rezultat nedovoljno kvalitetnih veza s bliskim osobama, a socijalna proizlazi iz malog broja socijalnih veza osobe. Empirijska istraživanja navode i neke tipične znakove i simptome osamljenosti, a uključuju afektivne, motivacijske, kognitivne i bihevioralne faktore kao i socijalne probleme (Robinson, Shaver i Wrightsman, 1999).

Neka istraživanja suprotna su postavljenim hipotezama ovog rada, a napominju da je osamljenost veća među muškarcima te je češća kod osoba bez potomaka kao i nakon smrti supružnika. Međutim, iznenađuju nalazi anketiranih udovica u malim gradovima prema kojima se svega 25 % smatralo jako osamljenima (Schaie i Willis,

2001). Paradoksalno, niska razina formalnih usluga dostupnih u seoskim područjima i malim gradovima zapravo dovodi do veće interakcije sa susjedima i rođacima koji u tim okolnostima postaju glavni izvor podrške i potpore. Veća je osamljenost izražena i kod osoba bez prijatelja, kod onih koji imaju veće fizičke poteškoće i onih koji svoje zdravlje i socijalni status procjenjuju lošijim. Često se smatra da je osamljenost odlika starih ljudi, te je uočena negativna povezanost osamljenosti i sreće, osamljenosti i samopoštovanja, te pozitivna povezanost anksioznosti.

## 2 Metode

U radu je korišten strukturirani upitnik koji je sadržavao 17 čestica/sklopova. Čestice su obuhvatile sljedeća područja: spol, dob, stupanj izobrazbe, područje prebivališta, zanimanje, zadnja zaposlenost, mjesečni dohodak, izvor dohotka, življenje, mjesto stanovanja (kuća, stan ...), kvadratura prostora, življenje (selo, grad, ili predgrađe), tvrdnje vezane uz slobodno vrijeme, tvrdnje vezane uz kvalitetu života, tvrdnje vezane uz socijalne kontakte, planovi vezani za budućnost te tvrdnje koje su se odnosile na pogled prema starosti ispitanika. Ukupno je anketirano 30 ispitanika. Prije anketiranja iste se upoznao s ciljem i svrhom istraživanja, načinom ispunjavanja upitnika, te z jamčenom anoniomnošću podataka. Postavljene su 4 hipoteze:

*H1:* Osobe muškog spola u starijoj dobi bolje su materijalno osigurane

*H2:* Osobe ženskog spola sklonije su osjećaju osamljenosti

*H3:* Životna dob utječe na stav o starenju

*H4:* Većina osoba starije dobi može si priuštiti kvalitetan život

### 2.1 Postupak obrade podataka

Prikupljene podatci su analizirani koristeći Hi-kvadrat test, Cramerov Fi – koeficijent, T-test i Pearsonov koeficijent linearne korelacije. Rezultati su prikazani tablično i grafički u postocima.

## 3 Rezultati

*Tabela 1:* Prikaz odgovora ispitanika s obzirom na spol i dob

<i>Spol</i>	<i>Broj odgovora</i>	<i>Starost</i>	<i>Broj odgovora</i>
Muški	18	55 – 60 god.	3
Ženski	12	61 – 65 god.	4
		66 – 70 god.	10
		71 – 75 god.	6
		76 – 80 god.	4
		81 – 85 god.	3
		>85 god.	0
Ukupno	30		30

*Izvor:* Anketni upitnik, 2015.

Iz tabele 1 vidljivo je da je anketirano 18 ispitanika muškoga spola, i 12 ispitanica. S obzirom na dob 3 ispitanika su u dobi od 55-60 godina, 4 ispitanika u dobi od 61-65 godina, 10 ispitanika u dobi od 66-70 godina, 6 ispitanika u dobi od 71-75 godina, 4 ispitanika u dobi od 76-80 godina, 3 ispitanika u dobi od 81-85 godina, a ni jedan ispitanik nije bio u dobi iznad 85 godina.

*Tabela 2: Prikaz stupnja izobrazbe i područja prebivališta ispitanika*

<i>Stupanj izobrazbe</i>	<i>Broj odgovora</i>	<i>Područje prebivališta</i>	<i>Broj odgovora</i>
Nezavršena osnovnoškolska	3	<input type="checkbox"/> Varaždin	14
Osnovnoškolska	8	<input type="checkbox"/> Novi Marof	13
Srednja	16	<input type="checkbox"/> Zagreb	3
Viša stručna sprema	2	<input type="checkbox"/> Karlovac	0
Visoka stručna sprema	1	<input type="checkbox"/> Bednja	0
Sveučilišna diploma	0		
Magisterij znanosti	0		
Doktorat znanosti	0		
Ukupno	30		30

*Izvor: Anketni upitnik, 2015.*

Iz tabele 2 vidljivo je kako su 3 ispitanika sa nezavršenom osnovnom školom, 8 ispitanika sa završenom osnovnom školom, 16 ispitanika sa srednjom školom, 2 ispitanika sa višom školom, 1 ispitanik sa visokom stručnom školom, a niti jedan ispitanik nije imao sveučilišnu izobrazbu, magisterij znanosti i doktorat znanosti. Također, iz tablice je vidljivo da 14 ispitanika su s mjestom prebivališta u Varaždinu, 13 ispitanika iz područja Novog Marofa, a 3 ispitanika s područja Zagreba.

*Tabela 3: Prikaz odgovora ispitanika o zadnjoj zaposlenosti*

<i>Zadnja zaposlenost</i>	<i>Broj odgovora</i>
zaposlen u državnoj upravi	3
zaposlen u općinskoj upravi	0
zaposlen u javnom sektoru	0
zaposlen u privatnom poduzeću	4
zaposlen u državnom poduzeću	4
samozaposlen	0
poljoprivrednik	0
nezaposlen	3
umirovljenik	16
Ukupno:	30

*Izvor: Anketni upitnik, 2015.*

Iz tabele 3 vidi se da su ukupno 3 ispitanika naznačila zaposlenost u državnoj upravi, 4 ispitanika u privatnom poduzeću, 4 ispitanika u državnom poduzeću, 3 ispitanika nezaposlena, a 16 ispitanika u mirovini.

Tabela 4: Prikaz mjesečnog dohotka ispitanika

Mjesečni dohodak	Broj odgovora
do 200 €	7
201 – 500 €	15
501 – 1000 €	7
1001 – 2000 €	0
2001 – 2500 €	0
iznad 2501 €	0
Ukupno:	29

Izvor: Anketni upitnik, 2015.

Iz tabele 4 vidi se da 7 ispitanika ima mjesečna primanja do 200 €, 15 ispitanika od 201-500 €, 7 ispitanika od 501-1000 €. Napomena: jedna ispitanica nije se izjasnila o svom mjesečnom dohotku

Tabela 5: Prikaz mjesečnog dohotka u odnosu na spol

Spol	Mjesečni dohodak			
	Do 200 €	201-500 €	501-1000	Ukupno
M	0	6	5	11
Ž	7	9	2	18
Ukupno:	7	15	7	29

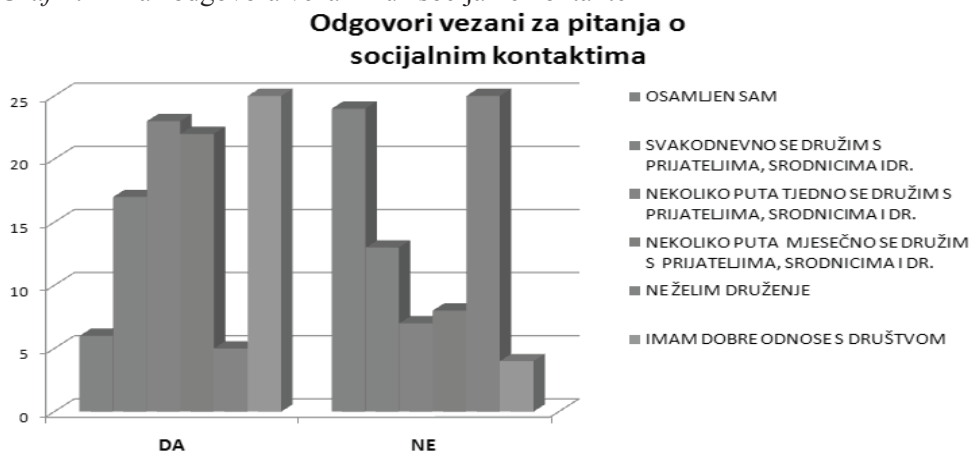
Izvor: Anketni upitnik, 2015.

Koristeći program MS Excel-a i HI-kvadrat testom (ovisnost visine mjesečnog dohotka o spolu) i dobiveni je rezultat:  $\chi^2 = 11,8876$

Teorijska kritična vrijednost HI-kvadrata (sa dva stupnja slobode) je:  $\chi^2_{0,05}(2) = 5,9915$

Budući da izračunata vrijednost HI-kvadrata premašuje teorijsku, zaključujemo da hipotezu možemo prihvatiti: Starije osobe muškog spola raspolažu s nešto većim mjesečnim dohotkom od onog kod starijih ženskih osoba.

Graf 1: Prikaz odgovora vezanih uz socijalne kontakte



Izvor: Anketni upitnik, 2015.

Iz grafa 1 vidi se kako većina ispitanika smatra da ima dobre odnose s društvom. Kako bi se testirala druga radna hipoteza analizirani su odgovori i prema spolu ispitanika. Izračunati je Cramerov  $F_i$  - koeficijent (mali uzorak  $n < 50$ ), koji pokazuje povezanost dviju dihotomnih varijabli (M/Ž i DA /NE). Vrijednost tog koeficijenta je 0,6982. Kako je on veći od 50 % (0,5) može se zaključiti da se hipoteza prihvaća, naime osobe ženskog spola nešto su sklonije osjećaju osamljenosti od onih muškog spola.

Za testiranje 3 radne hipoteze koristilo se pitanje iz upitnika: Da li smatrate da je starost najljepše razdoblje života? Ponuđeno je pet odgovora, a u Tabeli 6 prikazani su rezultati.

Tabela 6: Prikaz distribucije odgovora vezanih uz pogled na starost ispitanika

Moj pogled na starost	Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti da, niti ne	Slažem se	U potpunosti se slažem
»Starost je najljepše razdoblje života«	3	11	12	4	0

Izvor: Anketni upitnik, 2015

Iz tabele 6 vidljivo je da se ni jedan ispitanik nije u potpunosti složio sa pretpostavljenom tvrdnjom. Odgovori su kodirani: uopće se ne slažem = 1, ne slažem se = 2, niti da, niti ne = 3, slažem se = 4.

Tabela 7: Prikaz izračuna sredine razreda

Starost (u god.)	Prosjek
55 – 60	57,5
61 – 65	63
66 – 70	68
71 – 75	73
76 – 80	78

Izvor: Anketni upitnik, 2015.

Kako bi se testirala hipoteza i utvrdilo eventualno postojanje korelacije između starosti osobe i stava o »ljepoti« starosti, za svakog ispitanika utvrđena je starosna grupa i stav o starosti. Na temelju empirijskih podataka, izračunati je Pearsonov koeficijent linearne korelacije  $r = -0,45$ . Riječ je o negativnoj linearnoj korelaciji srednje jačine. Kako su odgovori kodirani od najnegativnijeg stava o starosti ka pozitivnom, zaključuje se da sa porastom godina starosti smanjuje se pozitivan stav o starosti. Stare osobe relativno mlađe dobi imaju nešto pozitivnije mišljenje o starosti, od onih u poodmakloj dobi.

Za testiranje 4 radne hipoteze korišteni su podaci o procjeni kvalitete života prikazani u tabeli 8.

Izračunat je prosječni broj odgovora »DA« po pitanju koji je 11,5, dok je prosječni broj odgovora »NE« po pitanju 18,9 (standardna devijacija odgovora »DA« je 7,3, a odgovora »NE« 6,6). Iz uzorka vidi se da prevladavaju odgovori »NE«. Izračunata je vrijednost  $t$ - testa, a dobiveni rezultat  $t = -11,12$ . Teorijska kritična  $t$ -vrijednost sa 11 stupnjeva slobode ( $n-1$ ) je 2,045. Budući da izračunata vrijednost premašuje teorijsku kritičnu, prihvaća se alternativna hipoteza  $H_1$ : većina osoba starije dobi nemože si

priuštili visoku kvalitetu života. Naravno, zato postoje više razloga npr.: nedostatna financijska sredstva, bolest, loše stanje u društvu, depresija, kriza itd.

*Tabela 8: Prikaz odgovora ispitanika o kvaliteti života*

<i>Odgovori vezani za kvalitetu života</i>	<i>Odgovori</i>	
	<i>da</i>	<i>ne</i>
mjesečni dohodak mi je dostatan za kvalitetan život	7	23
dohodak mi omogućuje da nešto uštedim	5	25
dio dohodka namjenjen je djeci i unucima	8	22
svaki mjesec si mogu priuštili ono što mi je potrebno	11	19
dio dohodka namjenim potrebitima	0	25
odlazim na predstave, koncerte i druge priredbe	5	25
Svake godine si mogu priuštili ljetovanje ili višednevno putovanje	6	24
redovitom rekreacijom brinem o svojoj tjelesnoj kondiciji	10	20
ocjenjujem, da je moje zdravlje dobro	14	16
svoje življenje ocjenjujem kao kvalitetno	14	16
odlazim na vjerske obrede	23	7
s mjesečnim dohotkom raspoložem sam	25	5

*Izvor: Anketni upitnik, 2015.*

## 4 Rasprava

Prva radna hipoteza je glasila: »Osobe muškoga spola u starijoj dobi materijalno su bolje osigurane«, je prihvaćena. Za provjeru navedene hipoteze koristili su se podatci koji su se odnosili na spol i mjesečna primanja. Tako je iz tabele 5 vidljivo da do 200 € mjesečnih primanja ima 24,14 % ispitanika, od 201-500 € ima 24,14 % ispitanika, a od 501-1000 € ima 51,72 % ispitanika. Međutim uspoređujući mjesečni dohodak s obzirom na spol rezultati dobiveni putem Hi-kvadrat testa pokazali su da starije osobe muškoga spola ipak imaju nešto veća mjesečna primanja u odnosu na žene starije životne dobi. Navedene podatke mogu se korelirati sa mnogobrojnim sličnim istraživanjima. Tako u Velikoj Britaniji polovica starijih žena živi sama, a samo petina muškaraca; žene imaju tijekom života nižu plaću, kasnije nižu mirovinu, neravnopravne su naspram muškaraca ako se promatra posjedovanje automobila i stana (Giddens, 2007). U testiranju druge radne hipoteze: »Osobe ženskoga spola sklonije su osjećaju osamljenosti« korišteni su podatci dobiveni temeljem ponuđenih tvrdnji koje su ispitanici označili, a najbliže opisuju njihov način razmišljanja. Iz Grafa 1 je vidljivo kako je većina (24 od 30) ispitanika navodi da se ne osjećaju usamljeno. Također, 23 ispitanika navode kako se nekoliko puta tjedno druže s prijateljima, srodnicima što itekako odražava pozitivnu socijalnu interakciju starijih osoba. Slično istraživanje provela je Despot Lučanin (2003), o utjecaju spola na zadovoljstvo životom među starim osobama. Žene, posebice neudane (udovice) imaju više psihosomatskih tegoba, manje su zadovoljne vlastitim životom i depresivnije su od muškaraca. Na temelju empirijskih podataka za testiranje 3 radne hipoteze, izračunati je Pearsonov koefi-



cijent linearne korelacije  $r$ . Odgovori su kodirani od najnegativnijeg stava o starosti ka pozitivnom, a zaključuje se da se sa porastom godina starosti smanjuje pozitivan stav o starosti. Stare osobe relativno mlađe dobi imaju nešto pozitivnije mišljenje o starosti, od onih u podmakloj dobi. Navedeno istraživanje može se korelirati s istraživanjem koje su provele autorice Rusac, Štambuk i Verić (2013) na 12 korisnika doma za umirovljenike gdje su promatrale odnos starijih prema drugim skupinama kao i prema svojim vršnjacima. U istraživanju dobne diskriminacije, rezultati pokazuju da se uz stereotipe o bolesti i nesposobnosti starijih osoba, nepoštivanje starijih osoba pojavljuje kao najčešći oblik dobne diskriminacije. Izračunata je vrijednost  $t$ -testa te je tako testirana četvrta radna hipoteza, dobiveni je rezultat  $t = -11,12$ . Pošto izračunata vrijednost premašuje teorijsku kritičnu; prihvaća se alternativna hipoteza  $H1$ : Većina osoba starije dobi ne može si priuštiti visoku kvalitetu života. Zato postoji više razloga npr.: nedostatna financijska sredstva, bolest, loše stanje u društvu, depresija, kriza itd. Istraživanje koje je provela Godan (2005) ukazalo je na da osobe koje žive u domu umirovljenika procjenjuju svoju kvalitetu života boljom u odnosu na osobe koje žive u vlastitim kućanstvima. Nalaz objašnjava time što osobe u domu primaju dovoljnu količinu emocionalne, materijalne i socijalne brige.

## LITERATURA

1. Cappeliez, P. (1989). Daily worries and coping strategies: implications for therapists. *Clinical Gerontologist*, 8 (3), 70–81.
2. Despot Lučanin, J. (2003). *Iskustvo starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Gibbson, H. B. (2000). *Loneliness in later life*. London: Antony Rowe Ltd, Chippenham, Wiltshire.
4. Giddens, A. (2007). *Sociologija*. Zagreb: Nakladni zavod Globus.
5. Godan, L.J. (2005). Kvaliteta života osoba treće životne dobi i osoba koje o njima brinu (Magistarski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
6. Pejaković, P. (2005). Uloga gospodarsko-političkih mjera u ublažavanju siromaštva u Hrvatskoj. *Financijska teorija i praksa*, 29 (1), 97–118.
7. Robinson, J. P., Shaver, P. R. i Wrightsman, L. S. (1991). *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. San Diego: Academic Press, INC.
8. Rusac, S., Štambuk A. i Verić J. (2013). Dobna diskriminacija: iskustva starijih osoba. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49, 96–105.
9. Schaie, K. W. i Willis, S. L. (2001). *Adult development and Aging*. New York: Harper Collins College Publisher.
10. Zeman, G. M. i Zeman, Z. (2014). *Who's Afraid of Baba Yaga? A Reading of Ageing From the Gender Perspective*. Zagreb: Institute of Social Sciences Ivo Pilar.

## Starostnik s kronično rano

UDK 616-001.4-036.1

**KLJUČNE BESEDE:** kronične rane, rane zaradi pritiska, razjede, diabetično stopalo, golenje razjede, obloge

**POVZETEK** - Na infekcijskem oddelku SB Novo mesto se večinoma srečujemo s kroničnimi ranami, izjemoma tudi s kirurškimi. Najpogosteje obravnavamo bolnike z razjedami zaradi pritiska, golenjski razjedami, razjedami na diabetičnem stopalu, redkeje operativne rane s komplikacijami in onkološke rane. Pri vsakem ležečem pacientu skušamo preprečiti nastanek preležanin z ustreznimi postopki in ukrepi. Ko je rana že prisotna, ugotovimo stopnjo rane in naredimo oceno rane ter jo pravilno oskrbimo. Vse kronične rane so kontaminirane ali kolonizirane z različnimi bakterijami, kar pa običajno ne vpliva na njihovo celjenje, če ne pride do okužbe. Bolniki s kroničnimi ranami imajo pogosto predpisano sistemsko in/ali lokalno protimikrobno zdravljenje. Za dobro oskrbo rane je potreben multidisciplinarni pristop k bolniku. Obravnava kroničnih ran je povezana z visokimi stroški zdravljenja, poleg tega pa bolnikom zmanjšujejo kakovost življenja.

UDC 616-001.4-036.1

**KEY WORDS:** chronic wounds, pressure sore, ulcers in diabetic foot, tibia ulcer, modern coverings

**ABSTRACT** - In the Department of Infectious Diseases, General Hospital Novo mesto, we are mainly confronted with chronic wounds, whereas surgical wounds are treated rarely. Most commonly we treat patients with ulcers caused by pressure, tibia ulcer, ulcers in diabetic foot, on rare occasions also patients with post-operational wounds with complications, and patients with oncological wounds. With every long-term inpatient, we are trying to prevent decubitus by applying the appropriate procedures. In case of an already developed pressure sore, we define the stage of the pressure sore and we treat it accordingly. All chronic wounds are contaminated with different bacteria which usually does not impact healing of the wound, unless it comes to their infection. Patients with chronic wounds are usually prescribed either systemic or local antimicrobial therapy. To assure proper treatment of the wound, it is necessary to implement the multidisciplinary treatment approach. Chronic wounds in patients reduce the quality of life, and they are producing high treatment costs.

### 1 Uvod

Rana je poškodba kože in tkiv pod njo. Normalni celitveni procesi potekajo v štirih obdobjih, ki se prično takoj ob poškodbi. Običajno se rane zacelijo z brazgotino v enem do dveh tednih. Zaradi različnih motenj se celitveni proces lahko zaustavi v kateremkoli obdobju celjenja in takšna rana se ne more zaceliti dokler je motnja prisotna. Imenujemo jo kronična rana. Najčešče motnje so okužba, motnje prekrvavitve (arterijske in venske), spremlajoče sistemske bolezni (najčešče sladkorna bolezen), malnutricija in nekatera zdravila, ki zavirajo vnetno reakcijo (kortikosteroidi) ali pa proliferativno obdobje (citostatiki) (Triller, 2006).

Pogostost kroničnih ran v odrasli populaciji znaša od 0,18 do 1,3 %, pri starejših od 60 let pa preko 3 %, zaradi česar je obravnava kroničnih ran povezana z velikimi stroški zdravljenja (Rejc Marko, Marko Pij in Baklan, 2015).

## 2 Vrste kroničnih ran

Vrste kroničnih ran so: venska razjeda, arterijska razjeda, razjeda zaradi pritiska (preležanina) in razjeda na diabetičnem stopalu (Triller, 2006).

### 2.1 Razjeda zaradi pritiska

Tovrstne rane nastanejo zaradi zaradi dalj časa trajajočega neprekinjenega pritiska na kožo na mestih, kjer so pod njo kostne izbokline. (Triller, 2006) RZP je omejena poškodba kože in spodaj ležečih tkiv, ki jo povzročajo pritisk, strižne sile, sile trenja ali kombinacija le teh. Je posledica delovanja zunanjih in notranjih dejavnikov, ki vplivajo na človeško telo. Eden izmed pomembnih notranjih dejavnikov tveganja za nastanek RZP je starost pacienta.

Preležanina se lahko razvije, zaradi velika pritiska na površino kože v kratkem časovnem obdobju. Lahko pride tudi ob prisotnosti manjšega pritiska na kožo v daljšem časovnem obdobju. Povečan pritisk moti pretok krvi skozi kožo. Zaradi slabše oskrbe s krvjo, postane koža prizadeta, predvsem zaradi pomanjkanja kisika in hranilnih snovi. ([www.nhs.uk/conditions/Pressure-ulcers/Pages/Introduction.aspx](http://www.nhs.uk/conditions/Pressure-ulcers/Pages/Introduction.aspx).) Tak dolgotrajen pritisk povzroči ishemijo in rano.

Ogroženi so predvsem bolniki, ki se ne morejo sami premikati in s tem razbremeniti pritisk in sicer so to paralizirani in izčrpani ter nezavestni bolniki. Najpomembnejši ukrep je preprečitev nastanka rane zaradi pritiska, kar poskušamo doseči s profilaktičnimi ukrepi. Ko se rana že pojavi je nujno preprečiti nadaljnji pritisk in potrebna je nekrektomija (encimatska ali kirurška). Pri večjih defektilih tkiv so potrebni tudi rekonstruktivni posegi (Triller, 2006).

Preležanine nastanejo pri 18 % vseh hospitaliziranih bolnikov, v večini so to starejši bolniki, ki imajo številne pridružene bolezni in so podhranjeni (Rejc Marko, Marko Pij, Baklan, 2015).

Ljudje starejši od 70 let, so še posebej dovzetni za preležanine. Pri njih je večja verjetnost, da imajo probleme z mobilnostjo in staranjem kože. Za nekatere ljudi so preležanine nevšečnost, ki zahtevajo manjšo zdravstveno nego, za druge pa so lahko hudo moteče in posledično privedejo do življenjsko nevarnih zapletov, kot so zastrupitve krvi ali gangrene. ([www.nhs.uk/conditions/Pressure-ulcers/Pages/Introduction.aspx](http://www.nhs.uk/conditions/Pressure-ulcers/Pages/Introduction.aspx).)

V zadnjem času je bilo narejenih veliko raziskav o tem, da vzrok za poškodbo tkiva pri razjedi zaradi pritiska ni samo mehanska poškodba kože, ampak je vlažnost kože dejavnik, ki vpliva na nastanek povrhnjih razjed. Pacienti, ki imajo neprestano vlažno kožo, imajo slabšo sposobnost, da se njihova koža zaščiti pred silami trenja, strižnimi silami in pritiskom, predvsem pri aktivnostih, kot so obračanje ali dvigovanje pacienta. Vlažna koža je pet krat bolj izpostavljena poškodbi. Velikokrat smo pred dilemo, ker ne vemo ali so poškodbe kože RZP in morajo biti oskrbljene po priporočilih in smernicah za RZP, ali pa so to poškodbe kože, ki naj bi bile oskrbljene z zaščitnimi kremami in pripomočki za obvladovanje inkontinence. Iz poškodbe kože, ki je nas-

tala zaradi vlažnosti in je neustrezno oskrbljena, se sekundarno lahko razvije RZP ali ulceracija. (Martelj in Kramar, 2010).

### *2.1.1 Klasifikacija razjed zaradi pritiska*

Razjedo zaradi pritiska razvrstimo v več stopenj. Razvrstimo jih glede na klinični izgled, globino in prizadetost tkiva. Pri oceni razjede zaradi pritiska ocenjujemo lokacijo, velikost in globino, dno razjede, izloček, robove razjede, kožo v okolici razjede, prisotnost znakov razjede in bolečino (Martelj in Kramar, 2010).

Za oceno poškodbe tkiva pri razjedi zaradi pritiska imamo na voljo več klasifikacijskih sistemov. Stopnje razvrstimo s številkami od 0 naprej, odvisno po katerem avtorju poteka klasifikacija. Vsem je skupno, da višja kot je stopnja razjede, večja je okvara tkiva. Razlike med posameznimi klasifikacijskimi sistemi so v določitvi in opisu prve stopnje. Večina jih temelji na klinični podobi in opisu poškodbe kože ter spodaj ležečih tkiv. V Sloveniji za oceno stopnje poškodbe kože pri razjedi zaradi pritiska uporabljamo lestvico povzeto po European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), ki ima štiri stopnje (Martelj in Kramar, 2010).

Štiristopenjska klasifikacija povzeta po: The European Pressure Ulcer Advisory Panel Classification system (EPUAP) :

#### *Stopnja 1*

Rdečina - prisotna je rdečina kože, ki ne zbledi. Mesto poškodbe je lahko toplo in oteklo. Koža je lahko zadebeljena. Če pritismo s prstom na rdečino, ta ne pobledi, kar kaže, da je mikrocirkulacija na tem mestu že okvarjana. Stalno rdečino zelo težko opazimo pri temnopoltih ljudeh. Pri njih je rdečina prisotna v različnih barvnih odtenkih od modre do vijolične, mesto je zadebeljeno.

#### *Stopnja 2*

Mehur - povrhnja poškodba kože, ki zajema poškodbo epidermisa ali dermisa. Razjeda se kaže kot odrgnina ali mehur.

#### *Stopnja 3*

Dermalna rana - poškodba vseh kožnih plasti in podkožja, ki segajo do mišičnih ovojnic, vendar jih ne zajamejo.

#### *Stopnja 4*

Globoka rana - mrtvine zajamejo vse plasti kože in se širijo do mišic, kosti in sklepov. Gre za obsežno uničenje in tkivno nekrozo (Martelj, 2006).

### *2.1.2 Ocena bolnikove ogroženosti*

Bolnike ocenjujemo, da bi spoznali stopnjo njihove ogroženosti. Temelj vsakega preventivnega programa je ocenjevalna lestvica ali shema. Ocenjevanje tveganja za nastanek RZP je dinamični proces, saj se bolnikovo stanje spreminja. Pogostost ocenjevanja se spreminja glede na potrebe. Največkrat prvo oceno bolnikove ogroženosti naredimo v prvih urah po sprejemu, ponovimo po 24 urah, nato po 48-72 urah in ob vsaki spremembi bolnikovega stanja (Mertelj, Gavrilov in Vilar, 2006).

### 2.1.3 Zapleti preležanin

Tudi z najboljšo možno zdravstveno oskrbo, se lahko pojavijo zapleti iz tretje ali četrte stopnje preležanine in so lahko včasih smrtno nevarni.

Celulitis nastane, ko se okužba lahko razširi na mestu razjede pritiska v globlje plasti kože. Pride do bolečine, rdečine in otekanja kože. To je potrebno zdraviti z antibiotiki. Obstaja nevarnost, da se okužba lahko razširi v kri, kosti ali sklepe. V redkih primerih, ko nastanejo razjede v spodnjem delu hrbta in hrbtenice, se lahko razjeda razširi na membrane, ki obdajajo hrbtenico in možgane. Pride do meningitisa. Do zastupitve krvi pride, če ima oseba s šibkim imunskim sistemom preležanino, ki postane okužena. Obstaja nevarnost, da se bo okužba razširila v krvni obtok in druge organe. Pride do septikemije ali zastupitve krvi. V najhujših primerih zastupitev krvi lahko škodi večim organom in pripelje do velikega padca krvnega tlaka, znano kot septični šok, ki je lahko usoden. To stanje zahteva takojšnje zdravljenje, da se podpre funkcija telesa, medtem ko se infekcija zdravi z antibiotiki in proti virusnimi zdravili. Okužba se lahko razširi v osnovne sklepe, znano kot septični artritis in kosti, znano kot osteomielitis. Lahko poškodujejo hrustanec, tkivo in kosti. Nekrotizirajoči fasciitis je resna okužba tkiva, ki povzroča hitro smrt tkiva, zaradi okužbe z določeno vrsto bakterij (streptokoki skupine A). Potrebno je nujno zdravljenje s kombinacijo antibiotikov in kirurško odstranitvijo mrtvega tkiva. Plinska gangrena je redka oblika okužbe, ko se pojavi razjeda zaradi pritiska okužena s *Clostridium* bakterijo. Bakterije proizvajajo pline, ob tem se sproščajo nevarni toksini. Pride do hude bolečine in hitrega otekanja kože. Zahteva takojšnje zdravljenje s kirurškim čiščenjem rane. V najbolj resnih primerih je potrebna amputacija prizadetega dela ([www.nhs.uk/conditions/Pressure-ulcers/Pages/Introduction.aspx](http://www.nhs.uk/conditions/Pressure-ulcers/Pages/Introduction.aspx)).

### 2.2 Venske in arterijske golenje razjede

Venska zajeda nastane zaradi nepravilnega delovanja venskih zaklopk in posledično zvišanega tlaka v venah, kar vodi v oteklino in zmanjšano prekrvavljenost ter hipoksično tkivo. Ob nezadostni oskrbi tkiv z arterijsko krvjo nastane arterijska razjeda (Rejc Marko, Marko Pij in Baklan, 2015).

Rane na golenih so često okužene in zelo boleče. Na dnu ran so obilne nekroze, ki jih je potrebno sprotno odstranjevati in v rani s primernimi oblogami zagotavljati primerno vlažno okolje. Najpomembnejši postopek je kompresijska terapija, včasih pa tudi operativna odstranitev površinskih običajno močno razširjenih in bolezensko spremenjenih ven. Okužbo nadzorujemo z lokalnimi antiseptiki v modernih oblogah. Končni cilj je epitelizacija rane (z robov, z implantati točkastih ali mrežastih prostih kožnih vsadkov) (Triller, 2006).

Venske golenske razjede so naj pogostejše kronične rane in se razvijejo pri 1-2 % ljudi (Rejc Marko, Marko Pij in Baklan, 2015).

### 2.3 Rane na diabetičnem stopalu

Tovrstne kronične rane so najčešči vzrok za amputacijo stopala ali cele noge. Glavne motnje zaraščanja pri teh ranah so okrnjena arterijska prekrvavitev, nevropatija in

okužba. Aterosklerotični procesi na žilju diabetika privedejo do hude ishemije najbolj oddaljenih delov noge in zaradi ishemije nastanejo različno obsežne gangrene. Pri nevropatiji so izguba občutka za dotik in bolečino ob sočasni motorični in avtonomni nevropatiji sprožilni momenti, ki privedejo do kroničnih ran zaradi pritiska in to na tistih delih stopala, ki so najbolj obremenjeni pri hoji (Triller, 2006).

Razjede na stopalu ima vsaj enkrat v življenju 15 % sladkornih bolnikov. Pri bolnikih z razjedo na diabetičnem stopalu so pogoste amputacije, kar pomembno vpliva na kakovost življenja ter na obolevnost in umrljivost (Rejc Marko, Marko Pij in Baklan, 2015).

### 3 Okužbe kronične rane

Celjenje kronične rane je pri nenormalnem imunskem odgovoru močno upočasnjeno ali popolnoma zavrto. Proces celjenja se ustavi v fazi vnetja, ob tem pa pride do sproščanja številnih vnetnih posrednikov, kar povzroči poškodbo tkiva in hipoksijo in s tem poveča dovzetnost za poselitev rane z bakterijami. Vse kronične rane so kontaminirane ali kolonizirane z različnimi bakterijami, kar pa običajno ne vpliva na celjenje rane, če ne pride do okužbe. Od kontaminacije rane z mikroorganizmi do znakov okužbe običajno poteka več faz.

O kontaminaciji govorimo, ko je število mikroorganizmov v rani majhno in se v rani ne razmnožujejo, rana se normalno celi.

Ko se bakterije v rani razmnožujejo in se njihovo število povečuje, ob tem pa ni znakov vdiranja v gostiteljeva tkiva, govorimo o kolonizaciji. Tudi v tem primeru je celjenje rane neovirano. Kolonizacija kroničnih ran je običajno polimikrobna.

Kritična kolonizacija je pojem, ki opredeljuje trenutek, ko začne gostitelj izgubljeni nadzor in začnejo bakterije vdirati v površinsko tkivo, celjenje rane je lahko upočasnjeno.

O okužbi govorimo, ko se mikroorganizmi v rani razmnožijo do kritične točke, premagajo gostiteljevo obrambo, vdirajo v tkivo in ga poškodujejo. Rana se ne celi, bakterije lahko vdrejo v krvni obtok in povzročajo sepso in sistemske zaplete

Okužbe kroničnih ran zavirajo celjenja ter zvišajo obolevnost in umrljivost (Rejc Marko, Marko Pij in Baklan, 2015).

Strokovna oskrba kroničnih ran zahteva veliko znanja in izkušenj, ter je rezultat timskega dela strokovnjakov na različnih področjih. Zdravljenje otežujejo okužba in mrtvine v rani, največja težava celjenja pa so motnje v prekrvavitvi.

#### *Klasičen način*

Gre za oskrbo ran z gazo (zloženci, vatranci) in fiziološko razstopino. Gaza prepušča izločke in bakterije, kar poveča možnost dodatne okužbe pacienta. Na rani se hitro izsuši in se z njo sprime, pri menjavi pa povzroča poškodbe novonastalega tkiva. Menjava obveze pacientu povzroča bolečine, kar neugodno vpliva na kakovost njegove

vega življenja. Zaradi izhlapevanja (obkladki) in prepuščanja vlage, se rana ohlaja in posledično počasneje celi.

### *Sodoben način*

Sodobni pripomočki za oskrbo ran zagotavljajo rani optimalne možnosti za zdravljenje v vlažnem okolju, s tem pa podpirajo in pospešujejo naravne procese celjenja. Z rano se ne sprimejo in v njej ne puščajo ostankov. Ob prevezi ne poškodujejo novonastalega tkiva in ker so ustrezno vpojne, ne povzročajo maceracij v okolici rane. Prav tako ne povzročajo dodatnih bolečin pacientu ob prevezi.

S sodobnimi pripomočki se zmanjša možnost okužbe, ker je povečana vpojnost izločkov. Zaradi manj pogostih prevez so celotni stroški zdravljenja manjši, skrajša se tudi hospitalizacija (Hribar, Doberšek in Repe, 2010).

Seznam sodobnih oblog za rane: polprepustni filmi, hidrokolidi, poliuretanske pene/membrane, hidrokapilarne obloge, hidrogeli, alginati, nelepljive kontaktne mrežice, obloge z dodatki, obloge z mehkim silikonom, kolageni, resorptivne terapevtske obloge.

## **4 Sklep**

Oskrba ran, predvsem kroničnih, zahteva veliko strokovnega znanja. Bolnika s kronično rano je potrebno obravnavati celostno in individualno z vsemi njegovimi problemi in pridruženimi boleznimi.

Potrebno je povezovanje strokovnjakov na različnih področjih medicine, zdravstvene nege, fizioterapije, dietetikov in tudi drugih. Oskrba ran s sodobnimi oblogami pri bolnikih izboljšujejo kakovost življenja, obenem pa jim predstavljajo tudi veliko finančno breme, zlasti če želijo nadaljevati zdravljenje s sodobnimi oblogami tudi v domači oskrbi. Zaradi nezmožnosti financiranja sodobnih oblog, je še vedno veliko kroničnih ran oskrbovano na klasičen način z gazami in povoji. Na infekcijskem oddelku SB Novo mesto so starostniki najpogostejši pacienti, kateri so večinoma nepokretni ali delno pokretni. Ponavadi jih spremljajo težke kronične bolezni in so posledično veliko bolj dovzetni za nastanek kroničnih ran, zlasti razjed zaradi pritiska.

## **LITERATURA**

1. Hribar, B., Doberšek, O. in Repe, A. (2010) Oskrba kroničnih ran na sodoben način in uporaba analgetikov. V T. Štemberger Kolnik, V. Vilar in S. Majcen Dvoršak (ur.), *Komplikacije kroničnih in akutnih ran* (str. 157–165). Ptuj: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveza strokovnih društev medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji in Društvo za oskrbo ran Slovenije.
2. Mertelj, O. (2006). Klasifikacije in ocena razjede zaradi pritiska. V Društvo za oskrbo ran Slovenije (ur.), *Priporočila za oskrbo razjed zaradi pritiska in zbornik predavanj* (str. 49–53). Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Velenje.

3. Mertelj, O. in Kramar, Z. (2010). Razjeda zaradi pritiska ali poškodba kože zaradi vlažnosti. V T. Štemberger Kolnik, V. Vilar in S. Majcen Dvoršak (ur.), *Komplikacije kroničnih in akutnih ran* (str. 137–145). Ptuj: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji in Društvo za oskrbo ran Slovenije.
4. Mertelj, O., Gavrilov, N. in Vilar, V. (2006). Priporočila za preventivo in zdravstveno nego razjed zaradi pritiska, Priporočila za oskrbo razjed zaradi pritiska in zbornik predavanj (str. 7–29). Velenje: Društvo za oskrbo ran Slovenije.
5. Modern Wound Care: Using Advanced Wound Care Products (b. d.). Pridobljeno 28. 10. 2015, s <http://www.advancedtissue.com/modern-wound-care-using-advanced-wound-care-products/>.
6. Pressure ulcers. (b. d.). Pridobljeno 28. 10. 2015, s <http://www.nhs.uk/conditions/Pressure-ulcers/Pages/Introduction.aspx>.
7. Rejc Marko, J., Marko Pij, B. in Baklan, Z. (2015). Okužba kronične rane in protimikrobno zdravljenje. V B. Kotnik Kevorkijan in R. Saletinger (ur.), 10. Bedjaničev simpozij Pristop k starostniku z okužbo (str. 179–188). Maribor: UKC maribor, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja.
8. Triller, C. (2006). Kronična rana. V D. M. Smrke (ur.), *Simpozij o ranah z mednarodno udeležbo, Sodobni pristopi k zdravljenju akutne in kronične rane* (str. 23–27). Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške infekcije, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana.
9. Triller, C., Prač, Z. in Smrke, D. (2006). Sodobne obloge za rane. V D. M. Smrke (ur.), *Simpozij o ranah z mednarodno udeležbo, Sodobni pristopi k zdravljenju akutne in kronične rane* (str. 72–80). Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške infekcije, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana.



# Presentizem med študenti zdravstvene nege

UDK 614.2-057.875

**KLJUČNE BESEDE:** zdravstvena nega, presentizem, klinično usposabljanje, študenti

**POVZETEK** - Številne znanstvene študije opozarjajo na prisotnost presentizma na delovnem mestu med izvajalci zdravstvene nege. Ugotovitve implicirajo, da je s presentizmom povezano okrnjeno izvajanje kakovostnih storitev in dobro počutje izvajalcev zdravstvene nege. Pri delu s študenti smo večkrat zaznali, da so bili prisotni na obveznem kliničnem usposabljanju tudi takrat, ko bi sicer zaradi težav v drugih okoliščinah ostali doma; zato smo želeli raziskati pojav presentizma v izbrani populaciji. Raziskava temelji na kvantitativni paradigmi, izvedena je bila presečna študija na vzorcu 162 študentov zdravstvene nege Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani. Raziskava je temeljila na metodi samoporočanja. Podatke smo zbrali s pomočjo vprašalnika SPS-6 in vprašanj odprtega tipa. Študenti zaradi različnih fizičnih in psihosocialnih dejavnikov težje obvladujejo stresne situacije oz. določeni dejavniki vplivajo na intenziteto in kakovost njihovega sodelovanja na kliničnem usposabljanju. Ugotovitve kažejo na prisotnost presentizma in njegov negativni vpliv na zadovoljstvo študentov. Presentizem je moč zaznati že med študenti zdravstvene nege. Na osnovi celovitega posnetka stanja bi bilo možno oblikovati specifično strategijo za preprečitev oz. vsaj omiliti tega že med študijem.

UDK 614.2-057.875

**KEY WORDS:** nursing care, presenteeism, clinical training, students

**ABSTRACT** - Several studies have pointed to the phenomenon of presenteeism at work among the nursing care professionals. The findings of these studies imply that presenteeism is associated with the provision of low quality or potential unsafe nursing care, and furthermore, it has been implied that it has impact on the well being of the nursing care professionals. When working with nursing students, we often noticed that they had been present on the mandatory clinical training, even in cases when they would have otherwise stayed at home, because of the difficulties or certain circumstances. Due to this reason we wanted to explore the phenomenon of presenteeism in the selected population. The study is based on the quantitative paradigm. A cross-sectional survey was carried out on a sample of 162 nursing students of the Faculty of Health Sciences, University of Ljubljana. The survey was based on a method of self-reporting. The data were collected using the SPS-6 questionnaire and open-ended questions. It has been noted, that students experience different physical and psychosocial factors, which might relate to more difficult coping with stress or factors, which affect their ability and quality of their participation or performance in the clinical training. The findings suggest the presence of presenteeism and its negative impact on the students' satisfaction. This study has shown that the phenomenon of presenteeism is already present among nursing students. It is suggested that a broader study of the phenomenon could lead to the development of specific strategies for preventing or at least alleviating the phenomenon manifestations during the studies and later on.

## 1 Teoretična izhodišča

Fenomen presentizma se pogosto omenja v strokovni literaturi in je predvsem raziskovan iz organizacijskih vidikov kot tudi vidikov zdravja pri delu. Presentizem je opredeljen kot »stanje, ko oseba prihaja na delo, kljub prisotnemu slabemu počutju ali že izraženi boleznin in ima lahko za posledico zmanjšano produktivnost« (Porta, Greenland, Hernán, Silva in Last, 2014, str. 223). Drugi, tudi pogosto omenjen koncept presentizma, je opisan kot »prisotnost na delu, iz razloga konceptualizacije dela in delovnega okolja kot doma in koncepta prekomerne vdanosti delu« (Hansen in

Andersen, 2008). Presentizem je nasprotje absentizma, ko je oseba zaradi različnih vzrokov odsotna iz dela (Porta idr., 2014). Presentizem je pogost pojav. Izsledki presečne študije, izvedene na Švedskem, opozarjajo, da je med skrbstvenimi strokovnjaki in učitelji prisotna visoka stopnja presentizma. Robertson, Leach, Doerner in Smeed (2012) navajajo, da je kar 60 % preiskovancev v njihovi študiji navedlo, da so bili v zadnjih treh mesecih prisotni na delu kljub okoliščini, ko bi sicer ostali doma.

Študije navajajo različne vzroke za presentizem. V grobem jih lahko delimo na tiste, ki so vezani na osebo, kot na primer zdravje in počutje posameznika, prisotnost bolezni ali bolezenskih stanj in zdravljenje teh ter odnos do dela (Löve, Grimby-Ekman, Eklöf, Hagberg in Dellve, 2010; Patel idr., 2012; Aronsson, Gustafsson in Daller, 2000)we examined the association between PBSE and sickness presenteeism (SP; organizacijski - kot so organizacijska kultura, model vodenja in drugi (Roelen in Groothoff, 2010); ekonomski/finančni: mednje sodijo izpad dohodka zaradi bolniške odsotnosti, nezmožnost kandidiranja za nagrade za odličnost (Callen, Lindley in Niederhauser, 2013). Nedavni raziskavi implicirata, da je presentizem povezan tudi s trenutnim globalnim ekonomskim položajem, kot razlogi se najpogosteje omenjajo: zaposlitve za določen čas, prekarne zaposlitve, strah pred izgubo zaposlitve ipd. (Gallon idr., 2014; Hansen in Andersen, 2008). Prav tako izsledki sistematičnega pregleda literature kažejo, da ima presentizem predvsem negativni vpliv na učinkovitost oz. produktivnost (Schultz in Edington, 2007). Izpad produktivnosti je v primeru absentizma lahko izmeriti medtem, ko je v primeru presentizma poleg produktivnosti treba ovrednotiti tudi druge koncepte kakovosti (Hemp, 2004). Še več, pri absentizmu je možno finančne izgube razmeroma lahko oceniti, medtem ko so v primeru presentizma produkcijski stroški še višji, saj zaposleni naredijo več napak, potrebujejo dalj časa za izvedbo neke aktivnosti ipd. (Schulz idr., 2009; Hemp, 2004).

V izsledkih presečne študije raziskovalci opozarjajo na nevarnost za zdravje prejemnikov storitev zdravstvene nege, saj je presentizem medicinskih sester povezan z višjim tveganjem za padce, z napakami pri dajanju zdravil in slabše ocenjeno kakovost storitev zdravstvene nege (Letvak idr., 2012, Letvak in Ruhm, 2010). V presečni študiji na Hrvaškem niso našli korelacije med presentizmom medicinskih sester in neželenimi dogodki (Brborović idr., 2014). Rezultati iz nedavne študije o povezanosti med presentizmom farmacevtov in neželenimi dogodki pokažejo podobno kot ugotovitve študije, ki so jo opravili Letvak idr. (2012), in sicer je v skupini »presentizma« bilo narejenih več napak v primerjavi s kontrolno skupino (Niven in Ciborowska, 2015).

Pri iskanju literature ni bilo najdenih specifičnih študij, ki bi obravnavale fenomen presentizma med študenti zdravstvene nege in vpliv tega ali na njihovo zdravje ali varnost pacientov. A vendar kljub temu lahko iz obstoječe literature povzamemo, da znanstvene študije opozarjajo na prisotnost fenomena presentizma med medicinskimi sestrami (Aronsson idr., 2000).

Pri pedagoškem delu s študenti smo večkrat zaznali, da so bili prisotni na obveznem kliničnem usposabljanju tudi takrat, ko bi sicer zaradi težav v drugih okoliščinah, ostali doma; zato smo želeli raziskati pojav presentizma, zanimala nas je pojavnost presentizma in vzroki zanj v izbrani populaciji.

## 2 Metode

Za namen raziskave smo uporabili neeksperimentalno kvantitativno deskriptivno raziskovalno metodologijo. Izvedli smo presečno raziskavo. Podatke smo zbirali s strukturiranim, anonimnim vprašalnikom med študenti zdravstvene nege Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani.

Inštrument: Uvodno vprašanje se je nanašalo na samozaznavanje prisotnosti fizičnih in psihosocialnih težav študentov zdravstvene nege v študijskem letu 2014/15. Študenti so podali stopnjo strinjanja z navedenimi trditvami in je pomenilo 1 – »Sploh ne velja« in 5 - »Popolnoma velja«. Inštrument je vključeval vprašalnik Stanford Presenteeism Scale – 6 (SPS-6). Odlikujejo ga dobre psihometrične karakteristike in je uporaben za merjenje povezanosti zdravja in produktivnosti. Temelji na samoporočanju glede strinjanja ali nestrinjanja s šestimi trditvami o delovni uspešnosti (Koopman, 2002). Namenjen je za osebe z višjo izobrazbo (McClain, 2013). Prevod vprašalnika je potekal sistematično in v skladu s priporočili za prevod vprašalnikov (WHO, 2007).

V vprašalniku SPS-6 smo trditve smiselno oblikovali tako, da se je posamezna trditev namesto na produktivnost nanašala na študijsko uspešnost študenta v kliničnem okolju v študijskem letu 2014/15. Na 5-stopenjski lestvici so študenti lahko izbrali stopnjo strinjanja od 1 do 5. Pri vprašanju 2, 5, 6 je ocena »Sploh se ne strinjam« pomenila 1 točko in ocena »Popolnoma se strinjam« pa 5 točk. Pri vprašanjih 1, 3, in 4 pa ocena »Sploh se ne strinjam« pomenila 5 točk in ocena »Popolnoma se strinjam« 1 točko. Seštevek točk je lahko med 6 in 30 točk. Pri interpretaciji vprašalnika več točk pomeni večjo prisotnost prezentizma (Scoring Instructions for the Stanford Presenteeism Scale (SPS-6), n.d.), kar pomeni večjo delovno storilnost (Pelletier in Koopman, 2003). Za potrebe analize podatkov pridobljenih z anketo smo za mejo prezentizma uporabili vrednost 18 (Brborović idr., 2014).

V zaključnem delu vprašalnika smo oblikovali odprto vprašanje, ker so študenti podali mnenje o najbolj motečih dejavnikih glede njihove uspešnosti na kliničnem usposabljanju.

Anketni vprašalnik smo oblikovali s pomočjo odprtokodne aplikacije za spletno anketiranje EnKlikAnketa (1KA). Povezava do spletne ankete je bila poslana študentom 12. 8. 2015 preko skupnega elektronskega naslova. Anketa se je zaključila 11. 9. 2015.

Podatke smo zaradi majhnosti vzorca analizirali s pomočjo deskriptivne statistike. Rezultate smo prikazali s frekvencami, standardno deviacijo, mediano, modusom ter t testom. Za analizo odgovorov na odprto vprašanje o mnenju študentov o motečih dejavnikih smo uporabili pragmatični pristop k tematski analizi, besedilne odgovore smo tematsko združili v kategorije.

### 3 Rezultati

Izraz problem smo uporabili in se je nanašal na fizične in psihosocialne dejavnike, ki lahko vplivajo na sposobnost izvajanja študijskih obveznosti.

Na anketo je kliknilo 375, vendar je delno ali v celoti uspešno zaključilo 161 študentov, kar predstavlja 43 % vseh klikov na anketo.

*Tabela 1: Različni zdravstveni problemi študentov glede na lokacijo vaj*

<i>Problemi</i>	<i>Lokacija</i>	<i>Sploh ne velja</i>	<i>Ne velja</i>	<i>Niti - niti</i>	<i>Velja</i>	<i>Povsem velja</i>	$\Sigma$	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>Mo</i>	<i>M</i>
Fizični	Kabinet	64 40 %	36 22 %	23 14 %	26 16 %	12 7 %	161 100 %	2,29	1,3	1	2
	Klinika	45 29 %	36 23 %	24 15 %	33 21 %	17 11 %	155 100 %	2,62	1,4	1	2
Psihosocialni	Kabinet	21 1 %	27 17 %	41 25 %	39 24 %	33 30 %	161 100 %	3,22	1,3	3	3
	Klinika	8 5 %	18 11 %	35 22 %	56 35 %	41 26 %	158 100 %	3,66	1,1	4	4

Kot je razvidno iz Tabele 1, študenti navajajo prisotnost fizičnih in psihosocialnih težav, ki so vplivale na njihovo uspešnost na kliničnem usposabljanju. Več imajo psihosocialnih težav predvsem v kliničnem okolju (61 %).

*Tabela 2: Vprašalnik SPS-6*

	<i>Sploh se ne strinjam</i>	<i>Se ne strinjam</i>	<i>Niti - niti</i>	<i>Se strinjam</i>	<i>Povsem se strinjam</i>	$\Sigma$	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>Mo</i>	<i>M</i>
Zaradi različnih problemov* sem se težko obvladoval stresne situacije na vajah.	13	26	54	55	13	161	2,82	1,06	2	3
	8 %	16 %	34 %	34 %	8 %	100 %				
Ne glede na probleme* sem bil vseeno sposoben dokončati tudi težje zadolžitve in obveznosti.	4	14	20	75	48	161	3,93	0,99	4	4
	2 %	9 %	12 %	47 %	30 %	100 %				
Problemi* so vplivali na moje zadovoljstvo pri izpolnjevanju študijskih obveznosti.	3	12	28	75	43	161	2,11	0,95	2	2
	2 %	7 %	17 %	47 %	27 %	100 %				
Zaradi problemov* sem se počutil nemočnega, da bi dokončal zadano študijsko obveznost, nalogo.	8	37	44	41	31	161	2,96	1,16	3	3
	5 %	23 %	27 %	25 %	19 %	100 %				
Kljub problemom* sem se bil sposoben osredotočiti na izpolnjevanje študijske obveznosti.	8	21	43	69	20	161	3,45	1,03	4	4
	5 %	13 %	27 %	43 %	12 %	100 %				
Kljub problemom* sem imel dovolj energije za dokončanje študijske obveznosti.	15	21	48	65	12	161	3,24	1,07	4	3
	9 %	13 %	30 %	40 %	7 %	100 %				

Ocena rezultatov vprašalnika SPS-6, ki so zbrani v Tabeli 2, kažejo na prisotnost težav študentov, ki ovirajo njihovo uspešnost na kliničnem usposabljanju. Izračunana vrednost prezentizma (seštevek točk) za vse študente skupaj je 18,23 (N=161).

Tabela 3: Prezentizem po obliki študija, letniku študija in spolu

		Št. točk SPS-6	N	T test (p)
Redni študenti, vsi letniki študija		18,89	33	0,120
Izredni študenti, vsi letniki študija		17,15	34	
1. letnik	povprečje skupaj	17,83	23	0,414
	redni študenti	18,78	7	
	izredni študenti	17,21	10	
2. letnik	povprečje skupaj	18,00	17	0,210
	redni študenti	16,86	7	
	izredni študenti	18,80	10	
3. letnik	povprečje skupaj/	17,78	27	0,014
	redni študenti	19,18	17	
	izredni študenti	15,40	10	
Spol	moški	19,55	11	0,043
	ženske	17,52	56	

Med študenti je seštevek točk po SPS-6 vprašalniku pri nekaterih skupinah respondentov višji od 18, pri drugih pa manjši (Tabela 3). Najvišji seštevek točk ima skupina moških, najmanjši pa izredni študenti 3. letnika študija.

Tabela 4: Težave študentov

<i>Organizacijski vidik</i>	Usklajevanje službenih in študijskih obveznosti, veliko ur kliničnega usposabljanja, celodnevne obveznosti veliko kontaktnih ur – predavanja, seminarji, obsežno študijsko gradivo in tuja literatura, slab odnos kliničnih mentorjev do študentov, pomanjkanje motivacije mentorjev za pedagoško delo, nefleksibilnost mentorjev pri nadomeščanju v primeru odsotnosti, vaje potekajo samo v dopoldanskem času, prevelik obseg vaj in v primeru odsotnosti jih s težavo nadomestiš v tekočem letu, ni možno prilagajati urnika vaj.
<i>Finančni vidik</i>	Poleg vaj sem redno zaposlen-a, opravljam študentsko delo, dopoldne sem na vajah popoldne pa v službi, šolnina je visoka in moram dodatno delati da jo lahko poravnam, starši me ne morejo finančno podpirati zato moram delati preko študentskega servisa, s težavo usklajujem službo in vaje a vseeno delam oboje hkrati, saj moram fakulteto čim prej zaključiti, da dobim boljšo zaposlitev, če sem v službi na bolniški ne morem opravljati vaj, zato hodim bolan v službo in na vaje, odsotnost ni zaželena niti na vajah niti v službi.
<i>Težave povezane z zdravjem</i>	Vaj sem se udeleževal-la z: predmenstrualnim sindromom, tahikardija, virozna obolenja, poškodbe, slabo počutje, nespečnost, psihičnim stresom, emocionalnim stresom, kljub zdravstvenim težavam, osebnim stresnim situacijam kot so ločitev, smrt v družini, bolezen otroka, izčrpanosti zaradi redne zaposlitve, doživljam osebno stisko ker ne preživljam dovolj časa z družino, partnerjem.

Študenti so v odprtem vprašanju, ki se je nanašal na težave in ovire pri uspešnem vključevanju v klinično usposabljanje, navajali številne vzroke, ki smo jih kategorizirali v 3 kategorije (Tabela 4). Nekaj tipičnih izjav je vključenih v tabelo.

## 4 Razprava

V prispevku smo želeli raziskati pojavnost prezentizma med študenti zdravstvene nege in vzroke zanj.

Izsledki te presečne raziskave govorijo v prid dejstvu, da je fenomen prezentizma že prisoten v času študija. Če sledimo Brboroviću idr. (2014) in Koopman idr., (2002), ki navajajo, da je mejna točka (cut off point) 18 točk, je prezentizem prisoten med izrednimi študenti 3. letnika zdravstvene nege (povprečje 15,40 točk), medtem ko redni študenti v povprečju presegajo mejno točko (19,80 točk). Pri študentih rednega študija je ugotovljeno ravno obratno: v povprečju mogoče zaznati prezentizem (16,86 točk), medtem je seštevek točk pri izrednih študentih močno približana mejni točki (18,80 točk). Pri izrednih študentih 1. letnika ne dosega mejna točk (17,21 točk), pri rednih študentih pa se ugotavlja preseganje mejne točke (18,78 točk). Prav tako smo ugotavljali statistične razlike med rednimi in izrednimi študenti, vendar smo jo ugotovili le med študenti 3. letnika ( $p = 0,014$ ).

Prisotnost prezentizma smo primerjali po spolu neodvisno od letnika in oblike študija in ugotovili, da so moški respondenti dosegli mejno točko, medtem, ko respondentke ženskega spola te točke v povprečju niso dosegle, kar je v neskladju z izsledki raziskave, ki so jo opravili Aronson idr. (2000), kjer so ugotovili, da je stopnja prezentizma višja pri ženskah. Razlogi za tako porazdelitev bi bili v vzorcu, saj vzorca nismo statistično utežili po spolu, kot tudi v dejstvu, da gre za povprečje vseh respondentov.

Respondenti so poročali, da so imeli v času opravljanja kliničnega usposabljanja tako fizične in psihične težave, ki so jih ovirale pri doseganju uspešnosti študijskih rezultatov. Pri respondentih so v večjem delu, in sicer v 54 % do 56 % prevladovala psihosocialne težave (doživljanje stresa, druge emocionalne težave), kar je skladno z izsledki nekaterih drugih študij, saj je znano, da so izvajalci zdravstvene nege podvrženi vsakodnevnim stresnim situacijam (Milutinović, Golubović, Brkić, in Prokeš, 2012; Milutinović, Grujić, in Jocić, 2009), kot tudi, da so zdravstveni delavci navajali, da navkljub psiho-socialnim težavam, kot so stres, negativne spremembe in težave v osebem življenju in drugi, so bili prisotni na delu. Prav tako so izsledki nekaterih študij pokazali, da imajo izvajalci zdravstvene nege fizične zdravstvene težave (bolečine, alergije ...) in so bili navkljub temu prisotni na delovnem mestu, kar je kazalec negativnega prezentizma (Löve idr., 2010; Patel idr., 2012; Aronsson idr., 2000; Koopman idr., 2002). Kljub temu, da so te študije raziskovale predvsem prezentizem in vzroke zanj med izvajalci zdravstvene nege, je moč povleči vzporednice, da se vzorci negativnega prezentizma kažejo že v populaciji študentov zdravstvene nege.

V odprtih vprašanjih smo študente spraševali o vzrokih in razlogih za prezentizem. Odgovore smo naivno kategorizirali. Študenti so poročali, da so vzroki za prezentizem povezani z organizacijskimi in finančnimi dejavniki. Prevladovali so organizacijski dejavniki, in sicer usklajevanje urnika z drugimi obveznostmi, obvezna prisotnost na vajah, omejene možnosti pri nadomeščanju vaj v primeru neutemeljenih razlogov in podobno. Skladno z ugotovitvami nekaterih študij, so ravno organizacijski dejavni-

ki vključno s sistemom vodenja in organizacijske klime eden izmed najpogostejših dejavnikov, ki so povezani s prezentizmom (Roelen in Groothoff, 2010). Študenti so navedli, da so zaradi obsega ur, ki jih morajo opraviti skladno z evropsko direktivno v omejenem časovnem obdobju tudi eden izmed razlogov za prezentizem. Skladno z obstoječim študijskim programom ima študent zdravstvene nege predvidenih 5.400 ur obremenitve, ki so porazdeljene preko treh let (Ovijač in Starc, 2011). Študijski proces traja 30 tednov na leto, tako so študenti zdravstvene nege tudi časovno izjemno obremenjeni. Tukaj trčimo ob filozofijo zdravja na delovnem mestu, saj se ustvarja paradoks: medtem ko učimo študente o pomembnosti ohranjanja zdravje in promocije zdravja na delovnem mestu, pa izobraževalni proces od njih zahteva, da morajo izvesti velik obseg kontaktnih ur s težko prilagodljivimi pravili izvedbe kliničnega usposabljanja. S tem jim sistem izobraževanja in vključeni pedagoški delavci dajemo neposredno sporočilo o »pravilnem vedenju« do delovnih obveznosti in širimo kulturo prezentizma. S tem vplivamo na priučitev vedenja in odnosi na delovnem mestu na samem začetku njihove strokovne poti.

Finančni dejavniki so bili med študenti izpostavljeni kot dejavnik prezentizma. Študenti so pogosto finančno odvisni iz drugih virov prihodka, kot na primer študentsko delo oz. v primeru izrednega študija so študenti še zaposleni v službi za polni delovni čas: Tako morda vzorce prezentizma prenašajo tudi v šolsko okolje, saj želijo čim prej opraviti študijske obveznosti.

### *Omejitve študije*

Izsledki te opazovalne študije so omejeni v številnih pogledih. Tehnika zbiranja podatkov je temeljila na samoporočanju pri kateri je prisotna variabilnost v resničnosti podanih odgovorov, kljub zagotavljeni anonimnosti. Vzorčenje je potekalo naključno in ne predstavlja vse populacije, zato ni možno generalizirati rezultatov. Med zbiranjem podatkov smo zaradi opaženega trenda opustitve reševanja anketnega vprašalnika določena vprašanja spremenili iz obveznih v neobvezna, kar je pomenilo slabši zajem podatkov, ki bi bili potrebni za bolj globoko interpretacijo in osvetlitve konteksta.

## **5 Sklep**

V tej študiji smo želeli raziskati fenomen prezentizma med študenti zdravstvene nege. Preliminarni izsledki predstavljajo stanje »per se«, zato je potrebna previdnost pri prenosu na širšo populacijo. Rezultati nakazujejo, da je prezentizem prisoten v izbrani populaciji študentov zdravstvene nege. Respondenti navajajo težave povezane ali s fizičnim ali psihosocialnim zdravjem, vendar so bili kljub temu bili prisotni na kliničnem usposabljanju. Prav tako izsledki implicirajo, da organizacijski vzroki pripomorejo k temu. Kljub omejitvam študije, le-ta omogoča uvid v trenutno stanje in informira raziskovalce, da je treba temu fenomenu posvetiti pozornost. Prav tako lahko izobraževalne institucije razmislijo o oblikovanju strategije za omilitvi tega pojava.

**LITERATURA**

1. Aronsson, G., Gustafsson, K. in Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54 (7), 502–509.
2. Brborović, H., Brborović, O., Brumen, V., Pavleković, G. in Mustajbegović, J. (2014). Are nurse presenteeism and patient safety culture associated: a cross-sectional study. *Arhiv Za Higijenu Rada I Toksikologiju*, 65 (2), 149–156.
3. Callen, B. L., Lindley, L. C. in Niederhauser, V. P. (2013). Health risk factors associated with presenteeism in the workplace. *Journal of Occupational and Environmental Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*, 55 (11), 1312–1317.
4. Galon, T., Briones-Vozmediano, E., Agudelo-Suárez, A. A., Felt, E. B., Benavides, F. G., in Ronda, E. (2014). Understanding sickness presenteeism through the experience of immigrant workers in a context of economic crisis. *American Journal of Industrial Medicine*, 57 (8), 950–959.
5. Hansen, C. D. in Andersen, J. H. (2008). Going ill to work – What personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism? *Social Science & Medicine*, 67 (6), 956–964.
6. Hemp, P. (2004). Presenteeism: at work--but out of it. *Harvard Business Review*, 82 (10), 49–58, 155.
7. Koopman, C., Pelletier, K. R., Murray, J. F., Sharda, C. E., Berger, M. L., Turpin, R. S. and Bendel, T. (2002). Stanford presenteeism scale: health status and employee productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*, 44 (1), 14–20.
8. Löve, J., Grimby-Ekman, A., Eklöf, M., Hagberg, M. in Dellve, L. (2010). »Pushing oneself too hard«: performance-based self-esteem as a predictor of sickness presenteeism among young adult women and men—a cohort study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*, 52 (6), 603–609.
9. McClain, E. (2013). Critical Synthesis Package: Stanford Presenteeism Scale (SPS-6). MedEdPORTAL Publications.
10. Milutinović, D., Golubović, B., Brkić, N. in Prokeš, B. (2012). Professional stress and health among critical care nurses in Serbia. *Arhiv Za Higijenu Rada I Toksikologiju*, 63 (2), 171–180.
11. Niven, K. in Ciborowska, N. (2015). The hidden dangers of attending work while unwell: A survey study of presenteeism among pharmacists. *International Journal of Stress Management*, 22 (2), 207–221.
12. Ovičaj, D. in Starc, A. (ur.) (2011). Zdravstvena nega. Visokošolski strokovni študijski program prve stopnje (1. st). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
13. Pelletier, K. R. in Koopman, C. (2003). Bringing Health to the Bottom Line. *Business and Health*, 15 (6), 21.
14. Porta, M. S., Greenland, S., Hernán, M., Silva, I. dos S. in Last, J. M. (2014). *A Dictionary of Epidemiology*. Oxford University Press.
15. Robertson, I., Leach, D., Doerner, N. in Smeed, M. (2012). Poor health but not absent: prevalence, predictors, and outcomes of presenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*, 54 (11), 1344–1349.
16. Roelen, C. a. M. in Groothoff, J. W. (2010). Rigorous management of sickness absence provokes sickness presenteeism. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 60 (4), 244–246.
17. Schultz, A. B., Chen, C.-Y. in Edington, D. W. (2009). The cost and impact of health conditions on presenteeism to employers: a review of the literature. *PharmacoEconomics*, 27 (5), 365–378.
18. Schultz, A. B. in Edington, D. W. (2007). Employee health and presenteeism: a systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17 (3), 547–579.
19. Scoring Instructions for the Stanford Presenteeism Scale (SPS-6) (n.d.). Pridobljeno 12. 8. 2015, s <http://stresshealthcenter.stanford.edu/research/documents/PresenteeismSPS-6scoringinstructions.pdf>.
20. World Health Organization (2007). Process of translation and adaptation of instruments. Pridobljeno 12. 8. 2015, s [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/).



# Kolonizacija z ESBL in demenca: izzivi in težave v domskem varstvu

UDK 616.9-053.9

**KLJUČNE BESEDE:** ESBL, preprečevanje, DSO, starostniki, demenca

**POVZETEK** - Starostniki, oboleli za demenco, so zaradi zmanjšane odpornosti večkrat bolj dojemljivi za okužbe. Zaskrblyujoč je podatek o naraščanju števila okužb z enterobakterijami, ki izločajo ESBL, tako v domačem okolju, bolnišnicah in tudi v domovih starejših občanov. Glede na izsledke epidemioloških raziskav so v vseh okoljih najpogostejše okužbe dihal, sečil, kože in razjed zaradi pritiska. Od okužb prebavil pa so najpogostejše driske, ki povzročajo daljšo ležalno dobo v bolnišnicah, visoke stroške zdravljenja, lahko pa vodijo tudi v invalidnost in smrt. Za preprečevanje širjenja okužbe je pomembno sistematično preprečevanje in zgodnje odkrivanje nosilcev, koloniziranih z ESBL. Poudarek je predvsem na dobri osebni higieni in higieni rok, s poudarkom na razkuževanju, ter ukrepih kontaktne izolacije, kar pa v domovih starejših občanov zaradi fizičnega in kognitivnega deficita starostnika večkrat predstavlja problem. Namen prispevka je osvetliti težave, ki se pojavljajo v domovih starejših občanov na področju preprečevanja širjenja ESBL pri oskrbovancih z demenco, in sicer z zdravstvene in socialnega vidika.

UDC 616.9-053.9

**KEY WORDS:** ESBL, prevention, residential setting, the elderly, dementia

**ABSTRACT** - Elderly patients suffering from dementia are, due to reduced immunity, often more prone to infections. The data on the increasing number of infections caused by extended-spectrum beta-lactamase (ESBL) producing Enterobacteriaceae in domestic environments, hospitals, and in residential settings, is worrying. According to the epidemiological studies in all environments, the most common infections caused by ESBL are respiratory infection, skin and urinary tract infections, and pressure sores. Regarding gastrointestinal infections, the most common is diarrhoea which extends the length of the hospital stay, increases the treatment costs, and can lead to disability and death. To prevent the spreading of ESBL infection, a systematic prevention and early detection of the ESBL carriers is necessary. A good personal hygiene and hand hygiene, with the emphasis on hand disinfection and measures of contact isolation is the most important; however, in nursing homes, due to physical and cognitive deficit of the elderly, this action often poses a problem. The purpose of this paper is to point out the problems that occur in management of nursing home residents with dementia, colonised with ESBL from the healthcare and social aspect.

## 1 Uvod

Kolonizacija oziroma okužba z večkartno odpornimi bakterijami, kot so na primer proti meticilinu odporni *Staphylococcus aureus* (MRSA), proti vankomicinu odporni enterokoki (VRE) in ESBL-pozitivne bakterije predstavljajo vedno večji problem tako v bolnišničnem okolju, kot tudi v domovih starejših občanov (DSO) (Gruber, idr., 2013). Beta-laktamaze razširjenega spektra (angl. extended spectrum beta-lactamase – ESBL) so encimi, ki inaktivirajo  $\beta$ -laktamske antibiotike. Poleg odpornosti proti penicilinom in cefalosporinom zaradi encimov ESBL izražajo te bakterije pogosto tudi odpornost proti aminoglikozidom in kinolonom. ESBL izločajo po Gramu negativne bakterije, najpogosteje enterobakterije, ki jih najdemo v črevesju (*Escherichia coli* in *Klebsiella pneumoniae*) (Ministrstvo za zdravje, 2010). Redkeje jih proizvajajo tudi *Klebsiella oxytoca*, *Proteus mirabilis*, enterobakter, seracij in druge. Prvi

sev ESBL pozitivne bakterije je bil izoliran v Nemčiji leta 1983, nato so se te bakterije razširile po vsem svetu in se pojavljale v bolnišnicah, predvsem v enotah intenzivnega zdravljenja. Največji razmah so strokovnjaki zaznali po letu 2005, takrat so se bakterije z encimi ESBL, predvsem *E. coli*, začele pojavljati tudi v domačem okolju. Izvor slednjih še ni povsem poznan, povezujejo jih med drugim z živalmi in hrano živalskega izvora (Ribič, 2011). Še posebej je zaskrbljujoče naraščanje odpornosti proti cefalosporinom tretje generacije, kjer gre večinoma za izolate, ki izločajo laktamaze beta razširjenega spektra (ESBL) (Ribič, Križan Hergouth in Sarjanović, 2010). Morris idr., (2011) ugotavljajo, da DSO predstavljajo rezervoar ESBL-pozitivnih bakterij, zaradi s starostjo povezanimi morbiditetami in posledično večjim številom sprejemov v bolnišnično obravnavo. DSO tako predstavljajo vir prenosa okužb z ESBL v bolnišnično okolje.

## 2 Nosilstvo in okužba z ESBL

Bakterije z encimi ESBL so lahko prisotne v prebavilih, redkeje na drugih sluznicah (npr. sečil) ali na koži posameznika, ne da bi povzročale okužbo. Govorimo o nosilstvu bakterije, ki je bistveno pogostejše kot okužba in pacientu nikakor ne škoduje. Nosilstvo lahko traja več mesecev in običajno sčasoma izzveni. Nosilstva nikoli ne zdravimo, saj ne bi bilo učinkovito (Komisija za preprečevanje bolnišnicnih okužb, 2010). Nosilstvo, ki ga ugotavljamo z mikrobiološko diagnostiko brisa rektuma ali fecesa, traja do več mesecev, pri starostnikih lahko tudi več let. Nosilstvo v domačem okolju ljudem ne škoduje, problem pa nastane ob okužbi z ESBL pozitivno bakterijo, ko peroralni antibiotiki niso več učinkoviti in je potrebno bolnika napotiti na zdravljenje v bolnišnico kljub temu, da okužba ni zapletena (Ribič, 2011).

O okužbi govorimo v primeru, ko bakterija povzroči bolezenske znake – simptome in je potrebno zdravljenje z antibiotiki. Bakterije z encimi ESBL povzročajo enake okužbe kot bakterije brez teh encimov. Potek okužbe je enak, problem je predvsem ozek izbor antibiotikov, ki so učinkoviti za zdravljenje (Komisija za preprečevanje bolnišnicnih okužb, 2010). Najpogostejše okužbe, ki jih ESBL pozitivne bakterije povzročajo v bolnišnicah, so okužbe sečil, dihal, ran, bakteriemija in sepsa. Posledice teh okužb so časovni zamik učinkovitega zdravljenja, daljša bolnišnična oskrba, večje število zapletov in višji stroški v primerjavi z okužbami, ki niso povzročene z ESBL bakterijami (Ribič, 2011).

### 2.1 Dejavniki tveganja za kolonizacijo z ESBL

Dejavniki tveganja za kolonizacijo z ESBL pozitivnimi bakterijami vezani na oskrbovanca so:

- kronična osnovna bolezen (demenca, diabetes, maligna obolenja, ...)
- rana (razjeda zaradi pritiska, golenja razjeda)
- predhodni invazivni postopki (urinski kateter, nazogastrična sonda, ...)
- slabo psihofizično stanje

- zdravljenje z antibiotiki
- imunska oslabelost
- slaba prehranjenost (odklanjanje hrane, ... )

Pri enem oskrbovancu pogosto najdemo več dejavnikov tveganja hkrati, kar povečuje možnost kolonizacije z ESBL (Ribič, Križan Hegouth in Sarjanović, 2010).

Dejavniki tveganja za kolonizacijo z ESBL pozitivnimi bakterijami vezani na ustanovo so:

- nedoslednost zdravstvenih delavcev pri umivanju razkuževanju rok,
- prenatrpanost bolniških sob,
- premajhno število osebja (pomanjkanje časa, ...),
- slabe higienske razmere,
- slab standard in opremljenost DSO (pripomočki za nego, čistila, ...),
- nezadostna poučenost zaposlenih.

## 2.2 Nevarnost prenosa ESBL v DSO

ESBL pozitivne bakterije lahko pridejo v DSO z oskrbovanci, ki so bili prej zdravljeni v bolnišnici, ali pa se ESBL pozitivne bakterije razvijejo pri varovancih s spremembami dedne zasnove bakterij. ESBL se v DSO lahko neposredno ali posredno prenaša z enega oskrbovanca na drugega in s časom lahko postanejo endemske. Ko je oskrbovavec sprejet v bolnišnico, se bakterije z njim zanesejo tudi v bolnišnico nemalokrat je tako krog sklenjen (Ribič, Križan Hegouth in Sarjanović, 2010).

Bakterije z ESBL se prenašajo z ene osebe na drugo preko onesnaženih rok zdravstvenih delavcev in/ali oskrbovancev ali preko kontaminiranih predmetov in površin. Nevarnost za prenos te bakterije predstavlja tudi nega osebe s to bakterijo, neposreden stik z iztrebkom ali sečem pacienta, če vsebuje bakterije z encimi ESBL. Z dotikom, objemom, kašljanjem in kihanjem se bakterije z encimi ESBL ne prenašajo (Komisija za preprečevanje bolnišničnih okužb, 2010).

## 2.3 Preprečevanje nastanka in širjenja ESBL

S preprečevanjem okužb dosežemo manjšo obolevnost, manjše število hospitalizacij in manjšo umrljivost starostnikov. Tako kot pri vseh bolnikih moramo tudi pri starostnikih skrbeti za izvajanje splošnih higienskih ukrepov s poudarkom na higieni rok, za osamitev kužnih varovancev in osebne varovalne opreme ob stiku s kužnim varovancem. Večina DSO v Sloveniji se že sistematično ukvarja s preprečevanjem okužb, ki jih prištevamo med bolnišnične okužbe oz. okužbe povezane z zdravstvenim sistemom, čeprav v večini DSO sledijo le stanovalce z MRSA. Po slovenski zakonodaji morajo domovi starejši občanov imeti Komisijo za obvladovanje bolnišničnih okužb in medicinske sestre za obvladovanje bolnišničnih okužb. Tako za bolnišnice, kot za DSO veljata Zakon o nalezljivih boleznih in Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (Kotnik Kevorkijan, 2010).

*Najpomembnejši ukrepi na področju prenosa in širjenja ESBL pozitivnih bakterij so:*

### *2.3.1 Higiena rok*

Je najpomembnejši in najcenejši ukrep pri preprečevanju prenosa širjenja ESBL, na katerega prevečkrat pozabimo. Osnova higiene rok so roke brez nakita, s kratko pristrizženimi nohti. Pomembno je umivanje rok s poudrakom na razkuževanju. Roke umivamo kadar zahtevajo pravila osebne higiene, po socialnih stikih in kadar so vidno umazane. Roke razkužimo vedno pred stikom z bolnikom, med postopki in tudi po stiku z bolnikom in bolnikovo okolico in pripomočki v negovi okolici. Roke razkužujemo tudi, ko snamemo rokavice, ki morajo biti brez smukca. Roke razkužimo, ko pridemo iz bolnikove sobe zaradi možnosti rekontaminacije rok na kljukah vrat. Ne pozabimo, da z dosledno higieno rok ščitimo ne samo bolnika vendar tudi sebe.

### *2.3.2 Zgodnje odkrivanje*

Nacionalna komisija za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb v priporočilih za preprečevanje širjenja ESBL pozitivnih bakterij in karbapenemaza pozitivnih bakterij svetuje, da:

Bolnikom kot nadzorne kužnine odvezamemo:

- bris rektuma / blato,
- bris rane, če je prisotna,
- urin, če je vstavljen urinski kateter,
- drugo kužnino (npr. aspirat traheje), če je bila v preteklosti pozitivna z ESBL bakterijami.

Nadzorne kužnine odvezamemo bolnikom z dejavniki tveganja za kolonizacijo z ESBL pozitivnimi bakterijami:

- vsem bolnikom ob sprejemu v enoto za intenzivno zdravljenje,
- vsem premeščenim iz bolnišnic, negovalnih in socialno-varstvenih ustanov,
- vsem, ki so kadarkoli v preteklosti imeli izolirane ESBL pozitivne bakterije iz kužnin,
- vsem, ki prihajajo iz tujine,
- drugim bolnikom po presoji ZOBO/KOBO.

O kolonizaciji / okužbi z ESBL pozitivno bakterijo takoj obvestimo lečečega zdravnika. Šifra U88 (Agens, odporen proti več antibiotikom) s pripisom ESBL, mora biti uvrščena med odпустne diagnoze. (Ministrstvo za zdravje, 2010).

### *2.3.3 Ukrepi kontaktne izolacije*

Za bolnike, ki imajo dokazano okužbo ali kolonizacijo, ali pa če obstaja velika možnost za okužbo ali kolonizacijo z določenimi mikroorganizmi, je potrebo upoštevati posebne, osamitvene oz. izolacijske ukrepe (Kotnik Kervokijan, 2006).

Poznamo standardno izolacijo, ki obsega standardne ukrepe za preprečevanje prenosa okužbe na bolnika ali zdravstvenega delavca. Preprečuje širjenje okužb pri stiku z bolnikom, s krvjo, izločki, iztrebki in telesnimi tekočinami. Uporablja se pri vseh bolnikih ne glede na diagnozo. Izvajajo jo vsi zaposleni. Pisna navodila opredeljujejo

vrsto ukrepov kot so higiena rok, uporaba zaščitne opreme, varno odlaganje uporabljenih pripomočkov in instrumentov, čiščenje in razkuževanje površin in opreme, ustrezno rokovanje, odvoz perila. Glede na način prenosa okužbe pa ločimo kontaktno, kapljično in aerogeno izolacijo (Lužnik-Bufon in Škerl, 2002). Za preprečevanje širjenja prenosa ESBL se ravnamo po navodilih za kontaktno izolacijo, ki veljajo za obravnavo bolnikov koloniziranih z MRSA.

Najmanjša možnost prenosa ESBL pozitivnih bakterij je pri namestitvi oskrbovanca v enoposteljno sobo z lastnimi sanitarijami. Če to ni mogoče, izvedemo kohortno izolacijo, pri čemer upoštevamo razmik med posteljami najmanj 1 m med koloniziranim oskrbovancem in njegovimi predmeti in nekoloniziranim. ESBL pozitivnega oskrbovanca ne smemo namestiti v sobo skupaj z oskrbovancem z oslABLjeno imunostjo, oskrbovancem z prisotnimi ranami ali oskrbovancem, ki je okužen oz koloniziran z bakterijami, ki izločajo karbapenemaze. Namestitev v enoposteljno sobo oz kohortno je potrebna pri inkontinentnih oskrbovancih, pri oskrbovancih z obsežnimi preležaninami, pri oskrbovancih z koloniziranimi dihali, ki potrebujejo odprto trahealno aspiracijo in pri oskrbovancih, ki slabo sodelujejo.

Obvezna je uporaba dodatnih osebnih varovalnih sredstev (plašč, rokavice, ...) pripomočke in opremo, ki so nameščeni v sobi za vsakega oskrbovanca posebej, razkužimo neposredno po uporabi in jih ne odnašamo iz sobe. Prednost imajo pripomočki za enkratno uporabo. Pomembno je razkuževanje pripomočkov in okolice, ki pridejo v stik z oskrbovancem, (izpostavljene površine bolniške postelje, zgornja površina obposteljne nočne omarice in mizice, klicna naprava, stojalo za infuzije, itd.) vsaj enkrat dnevno. Umazano perilo zbiramo ob postelji, vrečo odnesemo ko je 2/3 polna. Na vratih in dokumentaciji označimo izolacijo, dokumentacije ne nosimo v sobo. Izvajamo zdravstveno vzgojo oskrbovancev, osebja in obiskovalcev.

Po priporočilih Nacionalne komisije za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb v priporočilih za preprečevanje širjenja ESBL pozitivnih bakterij in karbapenemaza pozitivnih bakterij bolnike, ki lahko sami skrbijo zase, poučimo o pomenu ustrezne higiene rok in jim svetujemo razkuževanje rok po uporabi stranišča (če roke niso kontaminirane z organskim materialom ali mokre) in pred zapustitvijo bolniške sobe. Izven bolniške sobe naj se ne dotikajo površin po nepotrebnem. Svojce in druge obiskovalce poučimo o ustrezni higieni rok in jim svetujemo razkuževanje rok ob zapustitvi sobe. Svetujemo jim tudi omejeno število oseb ob enem obisku (ena do dve osebi). Dekolonizacije pri ESBL pozitivnih oskrbovancih ne izvajamo, ker le ta nebi bila uspešna (Ministrstvo za zdravje, 2010).

#### *2.3.4 Preudarna raba antibiotikov in nadzor nad porabo*

V Sloveniji so protimikrobna zdravila na drugem mestu po številu in vrednosti izdanih zdravil. V letu 1996 je delež pripravkov za sistemsko zdravljenje okužb znašal 13,4 % vseh zdravil oziroma 11,6 % njihove vrednosti. V slovenskih bolnišnicah je povprečno vsak drugi bolnik prejel antimikrobno zdravilo. Najpogosteje amoksicilin s klavulansko kislino (Amoksiklav) (Čižman, 2002). Naraščajoča odpornost bakterij proti antibiotikom vse bolj ogroža učinkovitost antibiotikov za zdravljenje okužb. 10-

20 % vseh BO povzročajo multiplo-odprni mikroorganizmi (MRSA, VRE, ESBL, ...) Zaradi vse večje in nepreudarne uporabe antibiotikov strokovnjaki v vseh evropskih državah opažajo naraščanje odpornosti bakterij proti vsem antibiotikom, ki se jih spremlja v okviru Evropske mreže EARSS, v kateri od leta 2000 sodeluje tudi Slovenija s podatki o občutljivosti nekaterih invazivnih izolatov, ki jih posredujejo vsi klinični mikrobiološki laboratoriji IMI MF, IVZ, ZZV-jev in bolnišnic Golnik, Nova Gorica in Slovenj Gradec (Kolman, 2010). Inštitut za varovanje zdravja je v sodelovanju z Evropskim centrom za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC), 18. november obeležil kot evropski dan opozarjanja na preudarno rabo antibiotikov. V letu 2009 je bila izpostavljena predvsem pomembna vloga zdravnikov na primarni ravni zdravstvene oskrbe. Ti naj bi še posebej spodbujali svoje paciente k odgovorni uporabi antibiotikov. Na primarno zdravstveno oskrbo namreč odpade kar 80-90 % vseh predpisanih receptov za antibiotike. (Kolman, 2010). Zavedati se moramo pomena preudarne raba antibiotikov in nadzora nad porabo. Zdravimo samo okužbe in ne kolonizacije. Pomembno je omejiti uporabo antibiotikov, ki so najpomembnejši pri selekciji ESBL pozitivnih bakterij (cefalosporini 3. generacije in kinoloni), opozarja Nacionalna komisija za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb (Ministrstvo za zdravje, 2010).

### 3 Težave, ki se pojavljajo na področju preprečevanja širjenja ESBL v DSO

Preprečevanje okužb v DSO naj bi temeljilo na strokovnih priporočilih, ki so podobna kot za bolnišnice, vendar jih je včasih težko izvajati. Za razliko od bolnišnic, kjer se bolniki hitro izmenjujejo, so stanovalci v DSO tu doma in jih ne moramo seliti iz sobe v sobo, ampak je potrebno ukrepe izvajati v sobi ali na oddelku tako, da stanovalca še dodatno ne prizadenemo in da ga socialno ne osamimo. Izvajanje ukrepov je oteženo tudi zato, ker so stanovalci zaradi starosti fizično omejeni in kognitivno spremenjeni. Pretehtati moramo, kaj je za stanovalca še sprejemljivo, hkrati pa kužni stanovalec ne sme ogrožati drugih stanovalcev. Hkrati pa je problem tudi na strani osebja, saj imajo v DSO manj zdravstvenega osebja, zdravnik je prisoten le občasno, negovalnega osebja je premalo glede na težavnost stanovalcev. Diagnostiko je potrebno izvajati zunaj DSO, saj razen odvzema krvi nobene diagnostike ni možno izpeljati znotraj DSO (Kotnik Kevorkijan, 2010).

Posebno težavo na področju preprečevanja širjenja ESBL predstavljajo varovanci z demenco, ki so težko vodljivi in ne razumejo navodil osebja. Najpomembnejši ukrepi za preprečevanje okužb v DSO obsegajo higieno rok s poudarkom na razkuževanju, kar velja tako za osebje kot za oskrbovance. Težava je v tem, da v sobah marsikje ni umivalnikov in je umivanje rok vezano izključno na sanitarije, alkoholna razkužila pa so običajno nameščena le v sobah za izolacije, zaradi nevarnosti zastrupitve z alkoholom pri varovancih s kognitivnim upadom. Poleg tega imajo starostniki določene navade glede osebne higiene (kopanje oziroma tuširanje enkrat mesečno, razkužilo škoduje koži) in jih je težko prepričati v nasprotno. Težko je tudi oskrbovance osamiti

v sobi, saj se navadijo svoje sobe in morebitnega sostanovalca in se ne želijo seliti. Problem pri izolaciji pa naj bo ta v enoposteljni sobi ali kohortno, se lahko pojavi poleg prej navedenega tudi, da oskrbovanec ne želi biti sam v sobi, ali pa je bil prej sam v sobi ne želi biti izoliran kohortno. Poleg tega lahko oskrbovanca s tem, da mora nositi masko, oziroma sobo označimo z napisom izolacija lahko tudi nevede stigmatiziramo, kar ima lahko za posledico socialno izolacijo. Težavo z napisom lahko morda rešimo, tako da morda namesto z napisom sobo označimo z znakom (npr slika sončnice, ...).

Na področju osebne higiene imajo lahko starostniki zaradi različni vzrokov precej težav, ki pa je eden izmed temeljnih ukrepov za preprečevanje širjena ne le ESBL, temveč tudi vseh ostalih bolnišničnih okužb. Zdi se nam samoumevno, da si po uporabi sanitarij, pred obroki, ... umijemo roke in večkrat niti ne pomislimo, da bo imel starostnik s tem na videz lahkim opravilom težave. Zaradi različnih zdravstvenih težav so starostniki neokretni, imajo bolečine, zgodi se, da se npr. zaradi težav v sklepih težko pripognejo, ne morejo odpeti gumbov na obleki, odpreti vode v kopalnici, težko pridejo do stranišča, zaradi slabovidnost ali dezorientiranosti ne najdejo kopalnice, v napreduvali fazi demence pa niti ne prepoznajo funkcije pipe. Poleg tega je neka ameriška raziskava pokazala, da se oskrbovanci z demenco bojijo tekoče vode in mila, vzroka niso ugotovili. Zaradi vseh teh in mnogih drugih razlogov lahko starostniki opustijo umivanje rok. Da so samostojni je včasih potrebno le, da jim prilagodimo kopalnico (lahk dostop, dovolj prostora, primerna pipa npr. na senzor, ...), zagotovimo primerne pripomočke in oblačila (na zadrgo, ježka, elastiko), prostore ustrezno osvetlimo, označimo kopalnico, oziroma je včasih potrebno le, da ji spodbidimo k temu opravili, ker preprosto pozabijo. Poskrbeti moramo tudi, da tla ne drsijo, za primerno temperaturo vode in zraka, saj so starostniki bolj občutljivi na temperaturne spremembe, poleg tega je tudi velika nevarnost da se opečejo z vročo vodo. Pomembno je, da varovancu omogočimo čim večjo samostojnost pri izvajanju higiene rok, saj bomo tako krepili njegovo samozavest in dobro počutje. Varovance, ki opravilna niso sposobni opravljati popolnoma samostojno diskretno opazujemo in jih vodimo oziroma jim mi umijemo roke če tega niso sposobni sami. Zavedati se moramo, da vse postopke pa naj bo to umivanje rok, oblačenje, obuvanje, skrb za ustno nego, vedno delamo skupaj z oskrbovancev ne namesto njega, saj tako pospešujemo njegovo odvisnost od pomoči drugih.

Precej težav se pojavlja tudi na področju anogenitalne nege, ki predstavlja veliko težavo, saj kot vemo ESBL izločajo po Gramu negativne bakterije, najpogosteje enterobakterije, ki se nahajajo v črevesju. Problem je predvsem pri inkontinentnih varovancih, ki lahko raznašajo svoje izločke po okolici in tako širijo okužbo.

Opozorilni znak, da je varovanec inkontinenten oziroma bo postal inkontinenten, je predvsem nameščanje in zbiranje papirja, vate, spravljanje umazanega perila, skrivanja oz sušenje vložkov, perila na radiatorjih oziroma drugih površinah, kar povečuje nevarnost širjenja okužbe. Drugi opozorilni znaki, ki nakazujejo na težavo morebitne inkontinence, so izogibanje stikom z ljudmi, prepogosta uporaba stranišča sedenje izven družbe v bližini stranišča, opravljanje potrebe skrivaj, izven straniščavnemirjenost pred opravljanjem potrebe, idr. Pomembno je, da prepoznamo opozorilne znake, saj lahko inkontinenco večkrat preprečimo (uporaba zdravil, izvajanje tolatenega treninga).

Zgodi se, da varovanci pogosto mažejo sebe in okolico z blatoma, zaradi obstipacije oziroma v napredovali fazi demence zaradi ne prepoznavanja izločkov. Izrednega pomena je, da skrbimo za redno ovajanje starostnika, skrbno higieno rok oskrbovancev in seveda čiščenje in razkuževanje okolice in pripomočkov, ki pridejo v stik z oskrbovancem.

Takšne varovance tudi težko osamimo, ker odhajajo iz sobe, ne moremo jim pa razložiti pomena ukrepa, poleg tega odnašajo različne predmete in stvari iz sob drugih oskrbovancev, zbirajo in skrivajo hrano, ki jo lahko tudi kasneje pokvarjeno oziroma kontaminirano pojedjo.

Zavedati pa se moramo tudi, da vse spremembe, ki jih izvedemo izven ustaljenega (premestitev v drugo sobo, ...) lahko pri pacientu poslabšajo osnovno bolezen, zaradi česar lahko postanejo nemirni, nesodelujoči, odklanjajo hrano, ... zaradi česar so zaposleni soočeni z velikim izzivom kako izvajati vse potrebne ukrepe preprečevanja in širjenja ESBL, ki bo ustrezal tako standardom, kot oskrbovancem samim.

## 4 Sklep

Z napredovanjem medicine se zvišuje tudi življenjska doba ljudi, kar pomeni tudi vse večje število starostnikov, ki bodo potrebovali namestitev v DSO. Zavedati se moramo, da je pomemben kazalec kakovosti, tako bolnišnice kot DSO število bolnišničnih okužb. Za uspešno preprečevanje širjenja tako ESBL, kot drugih bolnišničnih okužb bi bilo potrebno poleg doslednega upoštevanja ukrepov za preprečevanja širjenja okužb na način, ki ustreza tako standardom, kot oskrbovancem, tudi sistematično spremljanja odpornosti baterij v DSO.

## LITERATURA

1. Benenson, S., Cohen, M. J., Block, C., Stern, S., Weiss, Y. in Moses, A. E. (2009). Vancomycin-resistant in long-term care facilities. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 30, str. 786–789.
2. Čižman, M. (2002). *Bolnišnična higiena*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
3. Gruber, I., Heudorf, U., Werner, G., Pfeifer, Y., Ilmizalioglu, C., Ackermann, H. idr. (2013). Multi-resistant bacteria in geriatric clinics, nursing homes, and ambulant care-Preventive and risk factors. *International Journal of Medical Microbiology*, 303, str. 405–409.
4. Kolman, J. (2009). AMR in evropski dan ozaveščanja o antibiotikih. Pridobljeno 31. 10. 2011, s [http://www.ivz.si\\_ni=104&pi=5&\\_5\\_Filename=123.pdf&Mediald=1423&5\\_AutoResize=false&pl=104-5.3.pdf](http://www.ivz.si_ni=104&pi=5&_5_Filename=123.pdf&Mediald=1423&5_AutoResize=false&pl=104-5.3.pdf).
5. Komisija za preprečevanje bolnišničnih okužb. (2010). Informacija o bakterijah z encimi ESBL/karbapanemazami za paciente in svojce. SB Jesenice.
6. Kotnik Kervokijan, B. (2010). Preprečevanje okužb pri starostnikih doma, v bolnišnicah in domovih za ostarele. V B. Belovič (ur.), *Novosti okužbe pri starostnikih* (str. 153–159). Ljubljana: Sekcija za protimikrobno zdravljenje SZD: Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja, Univerzitetni klinični center: Katedra za infektivne bolezni in epidemiologijo MF.
7. Lužnik-Bufon, T. in Skerl, M. (2003). *Strokovne podlage za pripravo programa za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb 2002-2003*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo. Sekcija za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije.



8. Ministrstvo za zdravje. (2010.). Nacionalna komisija za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb. Pridobljeno 31. 10. 2011, s [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/delovna\\_podrocja/zdravstveno\\_varstvo\\_v\\_posebnih/NAKOBO\\_oktober\\_2010/PROPOROCILA\\_ESBL\\_26.10.10.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo_v_posebnih/NAKOBO_oktober_2010/PROPOROCILA_ESBL_26.10.10.pdf).
9. Morris, D., Boyle, F., Casey, B., Hanahoe, B. in Cormican, M. (2011). Clonal dissemination of ESBL producing E. Coli between residents of individual nursing homes. *Journal of infection*, 493.
10. Ribic, H. (2011). Problem okužb z odpornimi po gramu negativnimi bakterijami. *Bilten javnega zdravja. Odporne bolezni- izziv v sodobni medicini*, 5 (30), 13–15.
11. Ribič, H., Križan Hergouth, V. in Sarjanović, L. (2010). Odpornost bakterij proti antibiotikom pri oskrbovancih domov za starostnike v treh slovenskih regijah. V B. Belović (ur.), *Novosti okužbe pri starostnikih* (str. 115–124). Ljubljana: Sekcija za protimikrobno zdravljenje SZD: Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja, Univerzitetni klinični center: Katedra za infektivne bolezni in epidemiologijo MF.

# Standard zdravstvene nege kot člen med izobraževanjem in delom medicinske sestre

UDK 616-083:37

**KLJUČNE BESEDE:** zdravstvena nega, standardi, izobraževanje, dijaki, medicinske sestre

*POVZETEK - V prispevku smo obravnavali standarde zdravstvene nege in korelacijo med izobraževanjem dijakov Srednje zdravstvene šole Celje ter praktičnim delom v šoli in v SB Celje. Namen je bil ugotoviti, kakšna je seznanjenost dijakov in medicinskih sester s standardi zdravstvene nege ter njihov vpliv na izobraževanje in delo v praksi. S pomočjo anketnega vprašalnika smo izpeljali raziskavo na vzorcu medicinskih sester in dijakov v šolskem letu 2011/12. Izvedli smo intervju z učiteljico stroke Srednje zdravstvene šole Celje in z glavno medicinsko sestro oddelka SB Celje. Iz raziskave smo ugotovili, da jim standardi zdravstvene nege pomagajo pri praktičnem delu v šoli in v bolnišnici. Medicinske sestre v povprečju ocenjujejo svoje znanje o standardih zdravstvene nege višje kot dijaki. Z enakovrednejšim sodelovanjem učiteljev in mentorjev bi lahko stanje še izboljšali v dobro dijakov, medicinskih sester in bolnikov.*

UDC 616-083:37

**KEY WORDS:** nursing care, standards, education, students, nurses

*ABSTRACT - In the paper we discussed the standards of nursing care and the correlation between the education of students of the Secondary School of Nursing in Celje and their practical work at school and in the General hospital Celje. The purpose was to determine the awareness of students and nurses with the nursing standards and their impact on education and work in practice. Through the questionnaire we carried out a survey on a sample of nurses and students, during the 2011/12 school year. We carried out an interview with the teacher of professional subjects at school and the head nurse of the General hospital Celje. With the survey we found out the standards of nursing care serve as an assistance in the practical work in school and in the hospital. On the average, the nurses rated their knowledge about standards of nursing care higher than the students. With a greater emphasis on the equivalent participation of teachers and mentors, the situation can be improved to be better for all, the students, nurses and patients.*

## 1 Uvod

V raziskavi smo obravnavali standarde zdravstvene nege kot dejavnike, ki vplivajo na povezavo med izobraževanjem in delom medicinskih sester – zdravstvenikov (v nadaljevanju medicinske sestre). Zdravstvenik se poimenuje poklic moškega, ki opravlja dela medicinske sestre. Ti so torej vezni člen med teorijo in prakso. Predstavljamo izobraževanje na več ravneh, učenje dijakov in pomen pridobljenega znanja za delo v zdravstveni negi. Opisane so pomanjkljivosti pri zagotavljanju kakovostnega in uporabnega znanja, ki ga dijaki pridobivajo med formalnim izobraževanjem. Nakazani so tudi problemi, s katerimi se srečujejo medicinske sestre, ter njihove možnosti za neformalno izobraževanje kot nadgradnjo že usvojenega znanja. Iz naloge je razvidno, da se morajo medicinske sestre nenehno izobraževati za opravljanje svojega dela tudi na načine, kot so: s prenosom znanja pri delu, z udeležbo na seminarjih, predavanjih in ostalih oblikah neformalnega izobraževanja.

Zdravstvena nega si utira pot od tradicionalno pomočniškega poklica med sodobne poklice. Tradicionalno pomočniški poklic - Razvoj zdravstvene nege so v preteklosti, glede na obdobja, močno zaznamovali in zavrli predvsem trije vplivi: ljudska podoba medicinske sestre, ki izvira še iz starega veka, vpliv religije v srednjem veku in podoba medicinske sestre - hišnih pomočnic, ki se je oblikovala v času protestantsko-kapitalistične etike od 16. do 19. stoletja (Urbančič, 1996, str. 21). Morda je bil prav zato razvoj izobraževalnih programov v zdravstveni negi v preteklosti pogosto oviran. Z vstopom Slovenije v Evropsko Unijo (EU) pa je naša država pristopila k skupini držav, ki usklajujejo izobraževalne procese. Tako sta postala poklica medicinske sestre in profesor zdravstvene nege priznana kot pomembna regulirana poklica. To je omogočilo velike premike tudi na področju izobraževanja medicinskih sester. Vsebine izobraževalnega procesa so prilagojene človeku, ki vstopa v evropski sistem zdravstva, živi v času spreminjajoče se morale, vedenjskih pravil in mnogih socialnih kakor tudi ekonomskih ovir, zanesti se bo moral nase in prevzeti večjo odgovornost za svoje zdravje, izobrazbo in socialne sisteme. Prav tako je velik poudarek na razvijanju učinkovitih mehanizmov za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege v zdravstvenem sistemu, kar vodi do večje profesionalizacije stroke (Železnik, Verbič, Ovičaj in Trobec, 2009, str. 2–3). Eden takšnih mehanizmov je tudi standard zdravstvene nege. Standard zdravstvene nege predstavlja profesionalno dogovorjeno raven oziroma stopnjo nege, ki je pomembna, primerljiva, merljiva in izvedljiva in je namenjena določeni skupini prebivalcev. Definira stopnjo kvalitete zdravstvene nege, saj vsebuje kriterije, s pomočjo katerih ocenjujemo zdravstveno nego (Purnat, 2002, str. 5). Standard v zdravstveni negi pomeni doktrino dela, normo, vselej enak način izvajanja opravil. Ker je standard zdravstvene nege vezan na stroko, to je zdravstveno nego in ne na nego česarkoli, je standard zdravstvene nege bolj primeren termin kot negovalni standard. Slednji se namreč prav tako pojavlja v literaturi. Standardi so osnova za izvajanje zdravstvene nege in opozarjajo na morebitne težave ali probleme, ki jih lahko ima bolnik (Verčko Pernat, Kisner, Rozman in Klasinc, 2003, str. 22). Standardi se ne morejo prenašati iz okolja v okolje, saj so odvisni od metod dela, doktrine in opremljenosti določene zdravstvene ustanove znotraj katere veljajo. Pogosto se torej spreminjajo, saj gre za proces, ki dopušča novosti (Verčko Pernat idr., 2003, str. 22). Vodijo v kvaliteto dela tima zdravstvene nege in k doseganju ciljev zdravstvene nege. Tim zdravstvene nege tvorijo diplomirana medicinska sestra in srednja medicinska sestra. Cilji zdravstvene nege so odvisni od negovalnega problema in se nanašajo na rezultate zdravstvene nege. Pozitivni rezultati kažejo na kvaliteto dela in na realno postavljene cilje (Verčko Pernat idr., 2003, str. 30).

Na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene nege so vključeni pacienti, pomožno zdravstveno osebje in strokovno osebje. Strokovno zdravstveno osebje so: zdravnik, diplomirana medicinska sestra, srednja medicinska sestra, fizioterapevt, dietetik, laboratorijski tehnik, inženir radiološke tehnologije (prav tam, str. 8). Pomožno zdravstveno osebje so bolničarji-negovalci. Prav slednje mora pridobiti določeno znanje in veščine med izobraževanjem. Bolj kot so zahtevna dela na delovnem mestu, več znanja in veščin mora kader imeti. Svoje znanje pridobivajo v času formalnega

izobraževanja, kasneje pa svoje znanje nadgrajujejo z različnimi oblikami formalnega in neformalnega izobraževanja.

Ker je učenje pomemben dejavnik pri doseganju ciljev izobraževanja, vpliva pa tudi na zadovoljstvo in uspešnost dijakov in učiteljev, je v izobraževanju potreben primeren usposobljen kader. Le fleksibilen in inovativen kader si bo nenehno prizadeval za napredek v znanju, vzgoji in izobraževanju. Vzgoja in izobraževanje sta procesa, v katera je vključen tudi mladostnik. Permanentnost ali vključenost človeka v vzgojo in izobraževanje postaja način življenja, ne le priprava nanj, spreminjata se vsebinska in časovna razporeditev učenja in novih vsebin, spreminja se razumevanje pomena izobraževanja za delo in prosti čas, tesneje se povezuje izobraževanje mladine in odraslih, vse bolj postaja pomembno razvijanje sposobnosti za samostojno učenje in izobraževanje skozi vse življenje (Rečnik, 1991, str. 67). Dinamika učenja in izobraževanja je v preteklosti temeljila na spominu in ročnih spretnostih, danes pa temelji na znanju, umskih sposobnostih in sposobnostih reševanja problemov.

Medicinske sestre se morajo izobraževati tudi po končanem formalnem izobraževanju. (Jelenc, 1996, str. 39–40). Hoyerjeva (2004, str. 21) pravi, da so medicinske sestre veliko bolj motivirane in samoiniciativne, kadar se učijo nekaj, kar jih zanima, kakor če so v to prisiljene zaradi potrebe po izobraževanju, ki izvira iz organizacije dela.

## 2 Metodologija

### 2.1 Namen raziskave

Namen raziskave je raziskati povezavo med srednjim strokovnim izobraževanjem za poklic srednje medicinske sestre ter delovno organizacijo. Ugotoviti želimo, v kolikšni meri srednja zdravstvena šola in delovna organizacija uporabljata ter upoštevata standarde zdravstvene nege pri izvajanju praktičnega pouka v šoli in v bolnišnici. Zanimalo nas je, kdo upošteva standarde zdravstvene nege, ki so jih razvile medicinske sestre SB Celje in so jih posredovale SZŠ Celje. Oceniti želimo, ali šola daje dejansko znanje, ki je v skladu s standardi zdravstvene nege in ali le-te dijaki in medicinske sestre upoštevajo pri svojem delu. Poudariti je potrebno preprečevanje razhajanj v zvezi s sprejetimi standardi zdravstvene nege in praktičnim delom v šoli in v bolnišnici, analizirati obstoječe stanje in predlagati ukrepe v povezavi z obravnavano problematiko.

### 2.2 Cilji raziskave

Cilj raziskave je na podlagi pridobljenih rezultatov preveriti korelacijo med izobraževanjem dijakov za poklic medicinske sestre, standardi zdravstvene nege in praktičnim delom. Pridobljene podatke bomo posredovali šoli in bolnišnici. Hkrati bomo izdelali priporočila za izboljšanje in spodbujanje sodelovanja pri izobraževanju ter usposabljanju dijakov za delo v skladu s standardi zdravstvene nege.

### 2.3 Hipoteze

V raziskavi želimo preveriti naslednje hipoteze.

*Hipoteza 1:* Medicinske sestre in dijaki največ zvedo o standardih zdravstvene nege v SZŠ Celje.

*Hipoteza 2:* Medicinske sestre v večji meri kot dijaki upoštevajo standarde zdravstvene nege pri praktičnem pouku v šoli in v SB Celje.

*Hipoteza 3:* Dijaki v večji meri kot medicinske sestre menijo, da se v šoli učijo drugače, kot je zapisano v standardih zdravstvene nege.

### 2.4 Vzorec

Raziskavo smo izvedli v SZŠ Celje in SB Celje s pomočjo anketnega vprašalnika. V praktičnem delu raziskave smo torej kot instrument raziskovanja uporabili anketo. Anketo smo razdelili med dijake in medicinske sestre. Sestavljena je bila v obliki vprašalnika (uporabljen je petstopenjska Likertova lestvica).

V šolskem letu 2011/2012 smo razdelili anketni vprašalnik 143 dijakom tretjega letnika SZŠ Celje, program zdravstvena nega. Pravilno je bilo izpolnjenih 141, dva vprašalnika sta bila nepravilno izpolnjena in zato neveljavna. Med anketiranimi je bilo 46 moških in 95 žensk, starost anketiranih dijakov pa je bila od 17 do 20 let.

V mesecu juniju 2012 je enak anketni vprašalnik izpolnilo 62 naključno izbranih medicinskih sester SB Celje, le en vprašalnik je bil neveljaven. Anketni vprašalnik smo poslali po spletu na Anketa.si, izpolnilo ga je 9 moških in 53 žensk, povprečna starost anketiranih medicinskih sester pa je bila 40 let. Povezavo najdete na <http://www.mojaanketa.si/anketa/233795683/>.

## 3 Rezultati

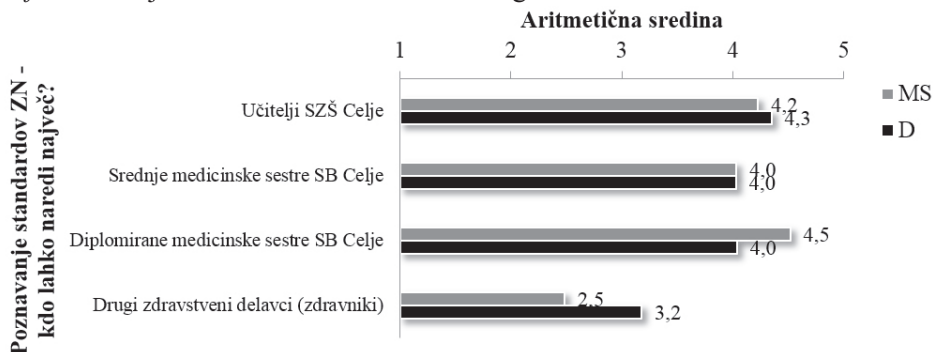
### 3.1 Viri spoznavanja standardov zdravstvene nege

*H1:* Medicinske sestre in dijaki največ zvedo o standardih zdravstvene nege v SZŠ Celje.

Za preverjanje prve hipoteze smo zastavili vprašanje, od kod oziroma od koga so respondenti največ izvedeli o standardih zdravstvene nege.

Rezultate analize ankete smo prikazali v sliki 1. Izsledki so sledeči. Primerjava aritmetičnih sredin kaže na določene razlike med vzorcema, saj so medicinske sestre o standardih zdravstvene nege izvedele v povprečju največ v SB Celje, dijaki pa v SZŠ Celje. Od sošolcev in iz medijev sta oba vzorca respondentov izvedela v povprečju zelo malo.

Graf 1: Ustvarjalci standardov zdravstvene nege



Opomba: 1 – nič, 2 – zelo malo, 3 – malo, 4 – veliko, 5 – zelo veliko

Statistično značilne razlike med vzorcema obstajajo pri dveh virih informacij o standardih zdravstvene nege, in sicer:

- V SZŠ Celje so statistično značilno več izvedeli o standardih zdravstvene nege dijaki kot medicinske sestre.
- Učitelji v SZŠ Celje bi torej morali, po mnenju medicinskih sester, narediti več za posredovanje in pridobivanje znanja o standardih zdravstvene nege.
- Medicinske sestre so statistično značilno izvedele več kot dijaki o standardih zdravstvene nege v bolnišnici.

Medicinske sestre se izobražujejo tudi neformalno po končanem formalnem izobraževanju preko različnih kanalov, kot so relevantne publikacije, literatura in svetovni splet. Rojc (2009, str. 13–14) pravi, da je neformalno izobraževanje dopolnitev formalnemu. Struktur pridobivanja znana je torej več vrst (Barle idr., 2008, str. 71), le-to pa je odvisno tudi od interesa posameznikov. Zato se medicinske sestre in dijaki učijo tudi iz lastnih izkušenj, pri tem pa so jim standardi zdravstvene nege v oporo.

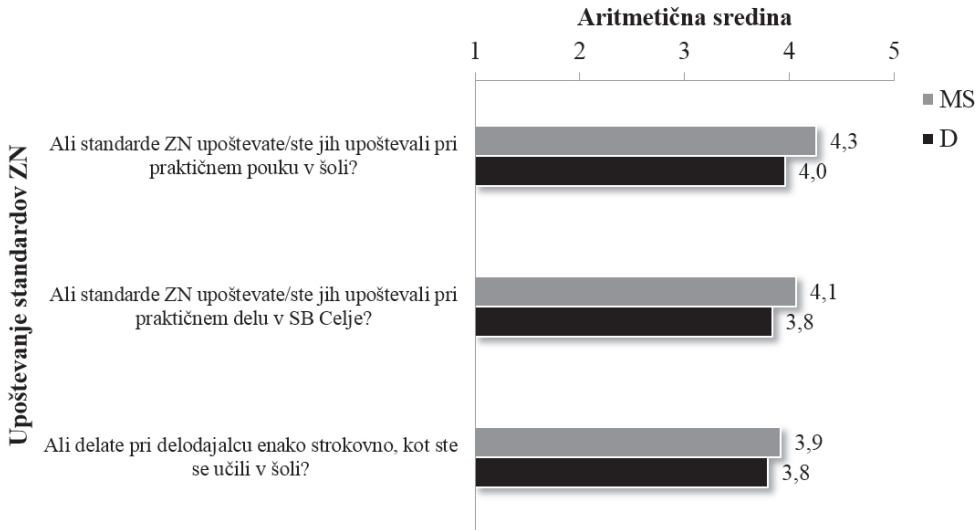
Iz rezultatov lahko sklepamo, da je v današnjem učnem načrtu - šolskem sistemu večji poudarek na standardih zdravstvene nege kot nekoč. Na osnovi predstavljenih rezultatov delno potrjujemo prvo hipotezo. Dijaki so namreč o standardih zdravstvene nege res največ izvedeli v SZŠ Celje, kar pa ne drži tudi za medicinske sestre.

### 3.2 Upoštevanje standardov zdravstvene nege pri praktičnem pouku v šoli

H2: Medicinske sestre v večji meri kot dijaki upoštevajo standarde zdravstvene nege pri praktičnem pouku v šoli in v SB Celje.

Pred samo analizo upoštevanja standardov zdravstvene nege pri praktičnem pouku nas je zanimalo, v kolikšni meri dijaki in medicinske sestre na splošno upoštevajo standarde zdravstvene nege. Iz slike 3 smo ugotovili, da med vzorcema ni statistično značilnih razlik. Tako dijaki kot medicinske sestre standarde zdravstvene nege na splošno večinoma upoštevajo.

Graf 2: Upoštevanje standardov zdravstvene nege



Opomba : 1 – nikoli ne, 2 – redko, 3 – delno da, delno ne, 4 – večinoma, 5 – vedno

Hipoteza 2 je v celoti potrjena. Za potrditev smo uporabili podatke iz slike 2.

Primerjava aritmetičnih sredin kaže, da obstajajo med vzorcema določene razlike, in sicer:

- Iz grafa 2 je jasno razvidno, da medicinske sestre standarde zdravstvene nege upoštevajo v povprečju bolj kot dijaki, kar velja tako za upoštevanje pri praktičnem pouku v šoli, v SB Celje in pri delodajalcu.
- Standarde zdravstvene nege so pri praktičnem pouku v šoli v statistično značilno višji meri upoštevale medicinske sestre, kot jih upoštevajo dijaki.
- Standarde zdravstvene nege so pri praktičnem delu SB Celje v statistično značilno višji meri upoštevale medicinske sestre, kot jih upoštevajo dijaki.
- Standarde zdravstvene nege pri delu pri delodajalcu v enaki meri upoštevajo tako medicinske sestre kot dijaki.

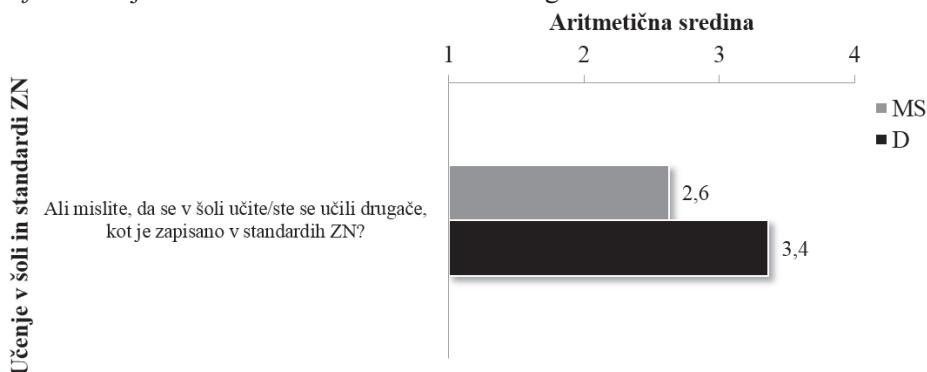
Na osnovi predstavljenih rezultatov potrjujemo drugo hipotezo. Medicinske sestre res upoštevajo v večji meri kot dijaki standarde zdravstvene nege pri praktičnem pouku v šoli in v SB Celje, saj vedo, da so za merjenje kakovosti v zdravstveni negi standardi zdravstvene nege eden izmed pomembnih pokazateljev kakovosti. Standard zdravstvene nege mora biti oblikovan, sprejet, strokovno izdelan, izdan in dostopen vsem izvajalcem zdravstvene nege. S tem postane zavezujoč pri opravljanju zdravstvene nege (VŠZNJ, 2009). Prav tako standardi zdravstvene nege odražajo kakovost storitev v zdravstveni negi, saj je današnja vizija kakovosti zdravstvene nege usmerjena k doseganju najboljših izidov, ki so tudi merljivi (Dowding in Thompson, 2003; Kadivec, 2010, str. 97).

### 3.3 Skladnost učenja in standardov zdravstvene nege

*H3:* Dijaki v večji meri kot medicinske sestre menijo, da se v šoli učijo drugače, kot je zapisano v standardih zdravstvene nege.

Za preverjanje hipoteze smo uporabili vprašanje, ali mislijo, da se v šoli učijo/so se učili drugače, kot je zapisano v standardih zdravstvene nege.

*Graf 3:* Učenje v šoli in standardi zdravstvene nege



Opomba: 1 – nikoli ne, 2 – redko, 3 – delno da, delno ne, 4 – večinoma, 5 – vedno

Iz grafa 3 primerjava aritmetičnih sredin kaže, da obstajajo med vzorcema določene razlike:

- Iz grafa 3 je jasno razvidno, da dijaki v povprečju bolj kot medicinske sestre menijo, da se v šoli učijo drugače, kot je zapisano v standardih zdravstvene nege.
- Dijaki v statistično značilno večji meri kot medicinske sestre menijo, da se v šoli učijo drugače, kot je zapisano v standardih zdravstvene nege.

Na osnovi predstavljenih rezultatov potrjujemo tretjo hipotezo. Dijaki res v večji meri kot medicinske sestre menijo, da se v šoli učijo drugače, kot je zapisano v standardih zdravstvene nege. Takšen rezultat lahko utemeljimo z dejstvom, da dijakom primanjkuje praktičnih izkušenj in seveda tudi znanja o standardih zdravstvene nege. Dijaki opravljajo prvi dve leti praktično izobraževanje v šoli, šele v tretjem in četrtem letniku pa še v bolnišnici, kjer pridejo pogosto v stik s standardi zdravstvene nege lokalne bolnišnice in jih podrobneje spoznajo.

## 4 Razprava

Dijaki so najpogosteje navajali, da so o standardih zdravstvene nege največ izvedeli v SZŠ Celje. Medicinske sestre so največ izvedele o njih v bolnišnici, sledi šola, najmanj pa od sošolcev in iz medijev. Tudi učiteljica in glavna medicinska sestra z učitelji nista bili povsem zadovoljni, torej bi po mnenju medicinskih sester morali učitelji SZŠ Celje narediti več za posredovanje in pridobivanje znanja o standardih zdravstvene nege. Sklepamo lahko, da bi v današnjem šolskem sistemu morali učitelji dajati večji poudarek na standarde zdravstvene nege.



Raziskava je pokazala, da dijaki in medicinske sestre na splošno večinoma upoštevajo standarde zdravstvene nege, vendar jih medicinske sestre upoštevajo pogosteje kot dijaki. Razlike so predvsem med upoštevanjem standardov zdravstvene nege pri praktičnem pouku v šoli in v bolnišnici, medtem ko pri delodajalcu standarde zdravstvene nege v enaki meri upoštevajo dijaki in medicinske sestre.

Višji odstotek dijakov je v raziskavi izrazilo mnenje, da se v šoli ne učijo v skladu s standardi zdravstvene nege. Medicinske sestre pa so bile ravno nasprotnega mnenja, dijaki naj bi v šoli dobili znanje, ki je v skladu s standardi zdravstvene nege.

Pri odgovorih dijakov in medicinskih sester opažamo razlike. Iz analize smo ugotovili, da več dijakov kot medicinskih sester meni, da se šolska teorija razlikuje od praktičnega dela, ki ga izvajajo pri delodajalcu. Iz podatkov lahko sklepamo, da so dijaki mnenja, da pri delodajalcu ne delajo vedno enako strokovno kot v šoli.

Ugotovili smo tudi, da lahko po mnenju medicinskih sester naredijo največ za poznavanje standardov zdravstvene nege diplomirane medicinske sestre SB Celje, po mnenju dijakov pa učitelji SZŠ Celje.

Raziskava je pokazala, da so dijaki SZŠ Celje in medicinske sestre v SB Celje v večini seznanjeni s standardi zdravstvene nege, jih pri praktičnem delu z bolnikom upoštevajo in so jim pri tem v pomoč. Problem, da se ti ne izvajajo v popolnosti, je po mnenju dijakov in medicinskih sester v tem, da v šoli dijake učijo nekoliko drugače, kot je zapisano v standardih zdravstvene nege.

Samo primerno usposobljen kader v zdravstveni negi lahko s svojo prilagodljivostjo in inovativnimi prijemi ugodno vpliva tako na zadovoljstvo pacientov kot zaposlenih. SZŠ Celje s svojim poslanstvom in vizijo širi svoj sloves v Sloveniji in Evropi, saj se njeni dijaki lahko zaposlijo v bolnišnicah, zdraviliščih, zdravstvenih domovih, socialnih zavodih in drugod po Evropi. Ker SB Celje in SZŠ Celje sodelujeta že od ustanovitve šole, mislim, da lahko premostita oviro, ki se kaže v različnem dojemanju standardov zdravstvene nege. Le-ti so uporabni in koristni, saj so namenjeni kvalitetnemu delu na nivoju poklicnega delovanja, ki poenostavlja in krajša delo zaposlenih.

Na kakovost srednjega strokovnega izobraževanja vplivajo različni dejavniki, predvsem financiranje in sistem institucij. Z uvedbo tako imenovane glavarine, se je pričel boj za vsakega dijaka. To se ne odraža kot povečana kakovost izobraževanja, ampak prej kot spuščanje minimalnih standardov znanja. Morali bi razmišljati o tem, da bi prepričali Ministrstvo za šolstvo in šport, da sedanji sistem financiranja ni najboljši.

Z upoštevanjem standardov zdravstvene nege lahko pripomoremo, da bo delo v tem segmentu na višji in kvalitetnejši ravni. Zato je potrebno diplomiranim medicinskim sestram omogočiti ustvarjalno delo. Okrepiti je potrebno delovanje učiteljev in mentorjev v tej smeri, da si bodo maksimalno prizadevali za medsebojno sodelovanje ter delo v skladu s standardi zdravstvene nege, ki naj jim bodo v pomoč pri delu. Medicinske sestre delajo po sprejetih standardih zdravstvene nege, zato so bolj samozavestne in suverene pri opravljanju svojega dela.

Vsekakor pa je raziskava izziv, da se v prihodnosti razišče še druge dejavnike, ki vplivajo na upoštevanje standardov zdravstvene nege (Prevc, 2010, str. 718) pri prak-

tičnem delu. Raziskava kot je ta, je v veliko pomoč dijakom, učiteljem in zaposlenim medicinskim sestram, da bi še v večji meri uporabljali standarde zdravstvene nege pri praktičnem delu v šoli in na oddelkih bolnišnice.

Standardi zdravstvene nege bi postali vidni tudi z informiranjem ljudi na spletni strani bolnišnice, kjer bi se bolniki in njihovi svojci lahko seznanili s posameznimi standardi zdravstvene nege.

## 5 Sklep

V raziskovalnem delu smo obravnavali in analizirali vlogo standardov zdravstvene nege v srednjem strokovnem izobraževanju in v delovni organizaciji. Na osnovi študije virov in dobljenih empiričnih podatkov smo podali predloge za učitelje šole in zaposlene v delovni organizaciji za izboljšanje razumevanja dejanske problematike standardov. Z osveščanjem učiteljev šole in zaposlenih v bolnišnici o potrebnem znanju s področja izobraževanja, standardov zdravstvene nege in dela medicinskih sester želimo ovreči razširjeno mnenje, da se v šoli dijaki učijo »po šolsko« ter da se na tak način ne da delati pri delu z bolnikom. Razkorak med tistim, kar se dijaki učijo v šoli in uporabnim, koristnim znanjem, ki ga dijaki po končanem šolanju lahko koristno uporabijo, je potrebno zmanjšati, če ga že ni mogoče povsem izničiti. Le kvalitetno izobražen kader lahko kvalitetno izvaja zdravstveno nego bolnika. Pokazatelj takšnega znanja je pridobljeno maturitetno spričevalo. Prednost srednjega strokovnega izobraževanja je zagotovo bolonjski način izobraževanja, po katerem se dijaki izobražujejo z delom. Pomanjkljivost le-tega pa je v tem, da jih delodajalci večkrat uporabijo kot »delovno silo«, namesto da bi jih izobraževali. Moti nas predvsem mnenje dijakov šole in zaposlenih v bolnišnici, da sicer šola daje kvalitetno znanje, ki je v skladu s standardi zdravstvene nege, vendar je velikokrat v praksi manj uporabno, včasih celo neizvedljivo. Takšno miselnost bi lahko spremenili z dodatnim izobraževanjem mentorjev, zaposlenih in osveščanjem dijakov, da so na praktičnem izobraževanju zato, da bi se naučili delati pravilno in učinkovito. Bojimo pa se, da bi takšno mnenje lahko imelo negativne posledice tako pri delodajalcih kot pri dijakih, predvsem zaradi časovne stiske zaposlenih. Čas je na delovnem mestu velik problem.

## LITERATURA

1. Barle, A., Trunk Širca, N. in Lesjak, D. (2008). Družba znanja izzivi izobraževanja v 21. stoletju. Koper: Univerza na Primorskem.
2. Hoyer, S. (2004). Pomen permanentnega izobraževanja za zdravstveno nego. V R. Tramput (ur.), *Kakovost zdravstvene nege – kako jo prenesti v prakso* (str. 21–29). Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica.
3. Jelenc, S. (1996). *ABC izobraževanje odraslih*. Ljubljana: Andragoški center Republike Slovenije.
4. Kadivec, S. (2010). Standardni postopki dela. V B. Skela Savič, B. M. Kavčič, B. Filej in K. Skinder Savič idr. (ur.), *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege* (str. 94–102). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

5. Prevc, J. (2010). Ugotavljanje in razvijanje kakovosti na naši šoli. V M. Merkač Skok in M. Cingula (ur.), *Znanje in poslovni izzivi globalizacije v letu 2010* (str. 712–719). Celje: Fakulteta za komercialne in poslovne vede.
6. Purnat, V. (2002). Priročnik o metodologijah in tehnikah pisanja in ocenjevanja negovalnih standardov (Učno gradivo). Celje: Grafika Gracer.
7. Rečnik, F. (1991). Izobraževanje v Sloveniji za 21. stoletje. *Vzgoja in izobraževanje*, 22 (2), 67.
8. Rojc, A. (2009). Neformalno izobraževanje za mladino v mestni občini Nova Gorica (Diplomsko naloga). Filozofska fakulteta, Ljubljana. Pridobljeno, s <http://www.pedagogika-andragogika.com/files/diplome/2009/2009-Rojc-Andreja.pdf>.
9. Urbančič, K. (1996). Historical overview of nursing. *Obzornik zdravstvene nege*, 30 (1–2), 21–28.
10. Verčko Pernat, S., Kisner, N., Rozman, M. in Klasinc, M. (2003). *Zdravstvena nega 1*. Maribor: Obzorja.
11. VŠZNJ – Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice. (2009). Pridobljeno, s <http://www.vszn-je.si/>.
12. Železnik, D., Verbič, M., Ovijač, D. in Trobec, I. (2009). *Izobraževanje za poklice v zdravstveni negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Pridobljeno, s [http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres\\_zbn/pdf/211A.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/211A.pdf).

# Kulturne značilnosti v prostočasnih aktivnostih v domovih starejših občanov

UDK 364-54-053.9:008

**KLJUČNE BESEDE:** starostniki, dom za starejše, kulturne značilnosti, Suha krajina, delovna terapija, prostočasne aktivnosti

**POVZETEK** - Prebivalstvo Slovenije se stara. Ker starost ljudem prinaša tudi različne težave, se veliko starostnikov odloči za bivanje v domovih za starejše. Kakovostno preživljanje prostega časa je pomemben dejavnik kvalitete bivanja v domovih. Ugotavljali smo, ali delovni terapevti v domovih, kjer bivajo občani Občine Žužemberk, med aktivnosti delovne terapije v prostem času vključujejo kulturne značilnosti Suhe krajine in katere najpogosteje. Podatke smo zbirali z anonimnim anketnim vprašalnikom, na katerega je odgovorilo 13 delovnih terapevtov. Starostniki se radi vključujejo v prostočasne aktivnosti. V kar 12 domovih anketirane delovne terapevtke v aktivnosti delovne terapije vključujejo kulturne značilnosti, najpogosteje v prostočasne aktivnosti. Med njimi so tudi suhokranjske, kot so npr: izdelovanje butaric, priprava suhokranjskih jedi, ličkanje, izdelovanje predmetov iz ličkanja, kresovanje, peje ljudskih pesmi. Prostočasne aktivnosti so pomemben del življenja starostnika, saj pripomorejo k psihofizični kondiciji, zadovoljstvu in dobremu počutju ter tako izboljšajo kakovost njegovega življenja, kulturne značilnosti pa ohranjajo starostnikovo identiteto.

UDC 364-54-053.9:008

**KEY WORDS:** elderly, home for the elderly, cultural tradition, Dry Carniola, occupational therapy, leisure activities

**ABSTRACT** - Slovenia's population is aging. Because of the various health and other age-related issues many older people decide to reside in homes for the elderly. An important factor of the quality of life in homes is quality leisure time. The aim of the study was to explore to what extent the occupational therapists incorporate regional culture and tradition of Dry Carniola (Suha Krajina) into the free time activities of the elderly in homes of the Žužemberk region. The data were collected through the anonymous survey questionnaire which was completed by 13 occupational therapists. Results of the study show that the elderly residents willingly participate in the programme of leisure time activities. The most common activities related to the regional culture and tradition in the 12 institutions surveyed include: making bundles, preparation of typical Dry Carniola dishes, corn husking, corn husk crafts, lighting fireworks and singing folk songs. Leisure time activities present an important part of the daily life of the elderly, and positively impact the residents' psychophysical condition and well-being, and the overall quality of life. Inclusion of the regional culture and tradition also helps to preserve their community identity.

## 1 Teoretična izhodišča

Življenjska doba človeka zaradi višje življenjske ravni in razvoja medicine stalno narašča (Hvalič Touzery, 2007), zato je v zadnjih letih zaradi povečevanja deleža starejšega prebivalstva v medijih pogosto zaslediti staranje kot demografski problem (Nacionalni odbor, 2012). Slovenija je v svetu uvrščena med države, ki imajo najvišji odstotek starih ljudi (Voljč, 2007); v 1. polovici leta 2014 je v Sloveniji živel 17,5 % oseb starih 65 let ali več, večji delež je bilo žensk (SURs, 2014).

Kronološko starost pripisujemo ljudem po 65. letu (Mandl idr., 2006), ko se pri posamezniku pojavljajo značilne starostne spremembe zaradi upočasnitve različnih procesov, katerih posledica je zmanjšano delovanje različnih organskih sistemov (Ramovš, 2005; Skela Savič idr., 2010). Te spremembe (upadanje telesne odpornosti, moči in

zmogljivosti, pojav različnih bolezni, pešanje spomina in drugih duševnih zmožnosti, pogostejša potrtost, pešanje v zaznavanju okolja) lahko povzročijo različne težave in stiske, še zlasti, kadar se pojavijo naenkrat (Regoršek, 2005). Spremenbe pa se pojavljajo tudi na socialnem področju: družinski odnosi, odnosi med starostnikom in družbo, stanovanjske in ekonomske razmere, aktivnosti, prosti čas (Cijan in Cijan, 2003), socialni umik, izguba samospoštovanja in zaupanja vase, občutki osamljenosti in odrinjenosti, duhovna praznina, ko človek ne vidi smisla svojega življenja, ko ne ve, kaj bi počel s svojo življenjsko izkušnjo, strah pred bližajočo se smrtjo ipd. (Regoršek, 2005). Zaradi nezmožnosti skrbi zase in osamljenosti se starostniki nemalokrat odločijo za preselitev v dom starejših občanov (v nadaljevanju DSO), saj sta tam zagotovljeni večja varnost in oskrba.

DSO je ustanova, ki nadomešča ali dopolnjuje funkcijo doma ali lastne družine in prinaša starostnikom novo življenjsko okolje (SURS, 2009). Leta 2004 je kot evropski projekt nastal E-Qalin - Evropski model upravljanja s kakovostjo v DSO in drugih socialno varstvenih ustanovah, katerega cilj je doseči oz. omogočiti kakovost bivanja v teh ustanovah na najvišji možni ravni (Wallner idr., 2009). V DSO so poleg zdravstvene nege in oskrbe organizirane različne aktivnosti za ohranjanje psihofizične kondicije in spretnosti pa tudi družabne prireditve, srečanja, izleti, pikniki. Kot navaja Creagan (2001) so stanovalci vključeni v načrtovanje strukture dneva, pri čemer so poleg zmožnosti upoštewane njihove nekdanje aktivnosti in interesi.

Na to, da bi bilo življenje v DSO prijazno in kakovostno, vpliva veliko dejavnikov. Pomembna je dobra medsebojna komunikacija, materialna preskrbljenost in dobri programi za kakovostno staranje z angažiranostjo vsakega posameznika (Ramovš, 2003). Ključnega pomena za kakovost življenja v DSO je upoštevanje starostnikovih pravic do avtonomije, sreče, moralnih načel, zadovoljstva z življenjem in njegovo subjektivno počutje (Gašparovič, 1999). Med dejavniki, ki se jih ne sme zanemariti, je kakovost preživljanja prostega časa.

Prosti čas ima pomembno vlogo tudi v delovni terapiji. Delovni terapevt preko pristočnih aktivnosti (v nadaljevanju PČA) nudi posamezniku možnost izražanja lastnih interesov pri izbrani aktivnosti in pri tem upošteva njegove potrebe, želje, življenjski slog, telesno vzdržljivost in kognitivne zmožnosti (Hinojosa in Blount, 2009). PČA morajo biti za posameznika smiselne in koristne (Caldewell in Smith, 2006). Največjo mero motivacije in užitka prinašajo aktivnosti, ki jih posameznik izbere svobodno in v njih vidi smisel (Cassidy, 2005). PČA starostniku pomagajo ohraniti samostojnost, krepijo fizično kondicijo in preprečujejo osamljenost (Hojnik-Zupanc, 1999), mu prinašajo veselje in dobro počutje, spodbujajo komunikacijo in razvijajo sposobnosti, pozitivno vplivajo na telesno in duševno zdravje ter zagotavljajo osebno rast (Olson, 2009), kar pripomore k zadovoljstvu in h kakovosti bivanja v instituciji.

PČA imajo tudi v DSO velik pomen pri izražanju posameznikove identitete, saj lahko s svobodno izbiro pokaže sebi in drugim, kdo pravzaprav je. Posameznik vse življenje išče nove načine preživljanja prostega časa, kljub temu pa poizkuša ohraniti vzorec, ki ga je dobil v mladosti (Bundy, 2001).

Naloga delovnega terapevta v DSO je izboljšati oziroma vzdrževati telesne funkcije starostnika oziroma adaptirati aktivnosti in okolje tako, da se zmanjšajo omejitve izvajanja aktivnosti ali sodelovanja in tako postane oseba čim bolj samostojna (AOTA, 2008) in vključena v domsko življenje. Kakovost življenja starostnika v DSO je močno odvisna od tega, v kakšni meri in medsebojni skladnosti so zadovoljene njegove potrebe. Življenje v DSO je bolj prijazno in domače, če je starostniku omogočeno izvajanje aktivnosti, ki jih je izvajal v domačem okolju (Šmid - Seljak, 2010).

Ena izmed redkih slovenskih občin, kjer se povprečna starost prebivalcev dviga počasneje kot v drugih občinah, je Občina Žužemberk v Suhi krajini (SURs, 2009). To je pokrajina, ki je bila v zgodovini nenehno zapostavljena, zato je bila vez med tukajšnjimi ljudmi toliko bolj pristna. Ljudje so živeli preprosto kmečko življenje, prepleteno s kulturnimi značilnostmi, običaji in navadami (Belec idr., 1998), nekatere so ohranjene še danes.

V raziskavi, ki je bila narejena v okviru diplomskega dela, smo ugotavljali, ali delovni terapevti v DSO, kjer bivajo občani Občine Žužemberk, na področje PČA vključujejo kulturne značilnosti Suhe krajine, katere so to, v katere aktivnosti jih vključujejo in kako pogosto. Zanimalo nas je tudi katere PČA delovni terapevti ponujajo, kakšen pomen jim pripisujejo in katerih se starostniki najraje udeležujejo. Ker v občini Žužemberk ni DSO oz. drugih oblik institucionalnega varstva starejših, smo želeli ugotoviti, v katerih slovenskih regijah so domovi, kjer bivajo starostniki iz občine Žužemberk.

## 2 Metoda

V kvantitativni raziskavi, izvedeni spomladi 2013, je bil za zbiranje podatkov uporabljen anonimen anketni vprašalnik. Pred izvedbo raziskave smo opravili pilotno študijo, na osnovi katere smo nekatera anketna vprašanja in ponujene odgovore prilagodili. Ciljna populacija je bila 13 delovnih terapevtk, zaposlenih v DSO po celotni Sloveniji, ki imajo v obravnavi vsaj enega starostnika, starega 65 let ali več z naslovom stalnega prebivališča v Občini Žužemberk.

Za analizo podatkov in prikaz rezultatov smo uporabili program Microsoft Excel 2007 (Microsoft Inc., Redmond; WA, ZDA).

## 3 Rezultati

Po podatkih, pridobljenih na Ministrstvu za notranje zadeve, so bili občani, stari 65 let in več, ki imajo stalno prebivališče v Občini Žužemberk, dne 7. 5. 2012 začasno prijavljeni v 13-ih DSO. Zato je anketiranje delovnih terapevtk potekalo v 13-ih DSO, kjer bivajo Suhokranjci.

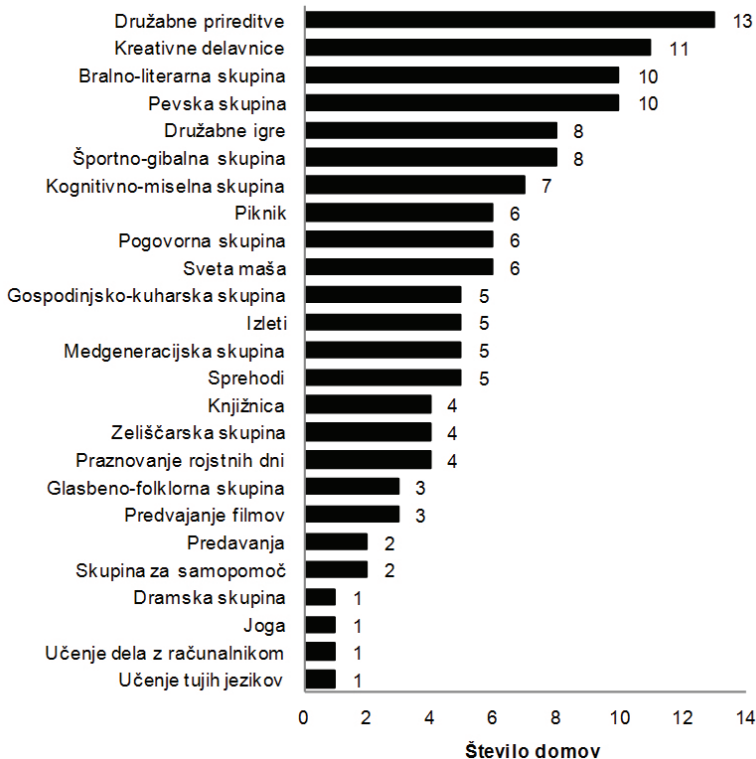
Starostniki občine Žužemberk bivajo v 7 dolenjskih, 2 belokranjskih in 2 DSO v osrednji Sloveniji, ter v po 1 DSO iz posavske in štajerske regije. V šestih DSO biva

po 1 občan občine Žužemberk, v treh domovih bivata po 2 občana, v po enem DSO pa bivajo po 3, 4, 6 in 17 stanovalcev, ki imajo stalno prebivališče v občini Žužemberk.

Anketirane delovne terapevtke so pomembnost preživljanja prostega časa starostnikov na lestvici od 1 do 5 (ocena 1 pomeni, da ni pomembno, ocena 5 pa da je zelo pomembno) ocenile s povprečno oceno 4,54, od tega 6 anketirank z oceno 4, 7 pa z oceno 5.

V aktivnosti delovne terapije PČA vsakodnevno vključuje 9 anketirank, 3 anketiranke jih vključujejo od dva do trikrat tedensko, 1 pa enkrat. V PČA se v enem izmed DSO vključuje 80 % stanovalcev, v štirih DSO je udeležba od 60 do 80 %, v ostalih DSO pa je udeležba pri PČA manjša.

Graf 1: Ponujene PČA



Starostniki se lahko udeležijo 24 različnih organiziranih PČA. V vseh 13 DSO so organizirane družabne prireditve, v 11 imajo stanovalci možnost sodelovanja na kreativnih delavnicah, v 10 pa se lahko udeležijo pevske skupine in bralno-literarne skupine. Ostale PČA so ponujene v manjšem številu (graf 1). Starostniki se v povprečju najraje udeležujejo različnih prireditev, ustvarjalnih delavnic in svetih maš.

Graf 2: Koristnosti PČA za stanovalce v delovnoterapevtski obravnavi



Vseh 13 anketiranih delovnih terapevtk meni, da PČA stanovalcem dajejo občutek pripadnosti skupini, 12 jih meni, da PČA stanovalcem ponujajo druženje in prijateljstvo, v 11 primerih pa naj bi stanovalcem nudile zadovoljstvo in ohranjale psihofizično kondicijo (graf 2).

Graf 3: Vključevanje krajevnih kulturnih značilnosti v PČA



5 anketiranih delovnih terapevtk v PČA redno vključuje krajevne kulturne značilnosti, 7 pa le občasno. Pri tem prevladujejo ljudske pesmi in petja in ljudski prazniki (graf 3). 6 anketiranih delovnih terapevtk redno vključuje kulturne značilnosti tudi na ostala področja, v 3 primerih pa jih vključujejo občasno. Anketirane delovne terapevtke vključujejo kulturne posebnosti kraja tudi v oblikovanje jedilnikov ali v pripravo hra-



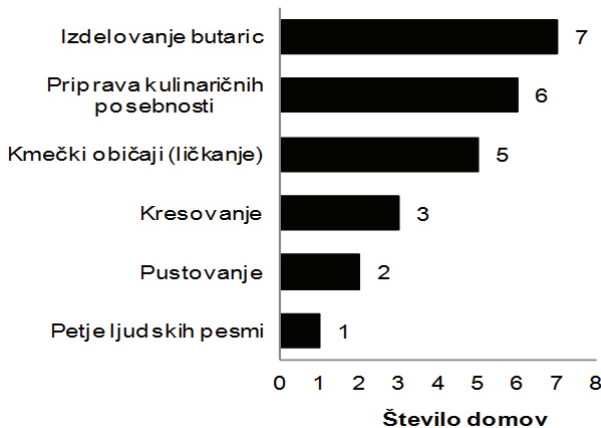
ne, v kognitivno vedenjske obravnave oziroma jih upoštevajo pri izdelovanju predmetov za prodajo.

*Graf 4:* Vključene kulturne značilnosti krajev, od koder prihajajo stanovalci, v aktivnosti delovne terapije



Izmed dvanajstih domov, kjer v aktivnosti delovne terapije vključujejo kulturne značilnosti krajev, od koder prihajajo stanovalci, jih v največ DSO (4) vključujejo v okviru prireditev in praznikov ter v različne skupine (graf 4).

*Graf 5:* Vključene suhokranjske kulturne značilnosti v aktivnosti delovne terapije



V štirih DSO pogosto vključujejo suhokranjske kulturne značilnosti v aktivnosti delovne terapije, v osmih primerih redko, v enem pa nikoli. Tako v aktivnosti delovne terapije vključujejo izdelovanje velikonočnih butaric, pripravljajo značilne suhokranjske jedi, ohranjajo kmečke običaje ipd. (graf 5).

V vseh trinajstih DSO, kjer je potekalo anketiranje praznujejo pust, veliko noč, božič in novo leto. V sedmih DSO obeležujejo dan žena oziroma materinski dan, v šestih pa

pripravijo piknik. V dveh domovih organizirajo prvomajsko budnico in romanje stanovalcev. V po enem DSO pripravijo tudi pastirski praznik, prihod svetih treh kraljev, tepežkanje, trgatve, koline in žeganje.

## 4 Razprava

Občina Žužemberk je po podatkih SURS-a (2011) ena redkih slovenskih občin, v kateri je število najmlajših večje od števila najstarejših. Je občina, v kateri ni organiziranega institucionalnega varstva starostnikov, zato ne presenečajo podatki raziskave, da starejši občani Občine Žužemberk živijo v 13-ih DSO v 5-ih slovenskih regijah. Največ DSO, kjer bivajo Suhokranjci, je na območju Dolenjske.

Starostniki, ki živijo v DSO, se v velikem številu udeležujejo organiziranih prostočasnih skupin, krožkov in delavnic. Najštevilčnejša je udeležba starostnikov na prireditvah, kreativnih delavnicah in pri svetih mašah. S slednjim starostniki zadovoljujejo duhovne potrebe. Kot meni Görgner (2015), je zadovoljevanje duhovnih potreb pomembno pri zagotavljanju celostnih pogojev za življenje starostnika, saj mu nudijo zadovoljstvo in srečo in kot ugotavljata Wallance in O'Shea (2007), dajejo okvir za ravnanje in odločanje. Do podobnih ugotovitev sta prišla tudi Ramovš in Ramovš (2013).

Starostniki v DSO se v velikem številu udeležujejo organiziranih prostočasnih skupin, krožkov in delavnic. Seveda pa moramo upoštevati, da je veliko tudi tistih, ki se jih zaradi zdravstvenih ali drugih težav ne morejo udeležiti. Najpogostejša je 20-40 % udeležba stanovalcev (5 DSO), le v enem DSO se organiziranih PČA udeleži več kot 80 % stanovalcev. Menimo, da bi bila lahko udeležba na PČA večja, če bi delovni terapevti prilagodili aktivnosti tistim starostnikom, ki so polpokretni ali nepokretni.

Sekelšek (2007) je v primerjavi preživljanja prostega časa starih ljudi v domačem okolju in izbranem DSO ugotovila, da stanovalci v DSO aktivneje preživljajo svoj prosti čas, saj se radi vključujejo v različne delavnice in aktivnosti ročnih del, igrajo družabne igre, obiskujejo prijatelje in kulturne prireditve, vrtnarijo in gledajo televizijo. O veliki udeležbi starostnikov na PČA govorijo tudi rezultati raziskave, ki sta jo opravili Oven in Slavec (2008). Ugotovili sta, da starostniki lahko veliko časa namenijo priljubljenim PČA, saj jim je odvzeta skrb za opravljanje vsakodnevnih opravil. Tudi Mavrič in Marušič (2004) sta v svoji raziskavi ugotovili, da starostniki največ časa namenijo PČA.

Kovač (2013) je v raziskavi o kakovosti življenja starostnikov v DSO ugotovila, da na stanovalce in na njihovo bivanje v DSO najbolj pozitivno vplivata zdravstvena oskrba in PČA. Majnemer (2010) pravi, da prosti čas posamezniku prinaša užitek, kar je izrednega pomena za telesno in duševno zdravje. PČA prinašajo tudi občutek zadovoljstva in dobrega počutja (Neumayer in Wilding, 2005). Vse anketirane DT menijo, da PČA starostnikom dajejo občutek pripadnosti skupini, ponujajo druženje in prijateljevanje (12 DT), starostnikom predstavljajo zadovoljstvo in ohranjajo psihofizično kondicijo (11 DT), prinašajo nova znanja in spretnosti (10 DT) ter predstavljajo motivacijo za ostale aktivnosti, ponujajo možnost izbire in izražanja o nadaljnjih aktivnostih, pred-

stavljajo skrb in potrebo po osebni higieni (8 DT). Tudi Olson (2009) meni, da PČA izboljšujejo duševno in fizično zdravje, saj lahko preprečuje sekundarne zdravstvene težave, ki izhajajo iz pasivnega vedenja, družbene izolacije ali pomanjkanja kognitivne stimulacije.

Rezultati ankete so pokazali, da 12 anketirank v PČA vključuje kulturne značilnosti kraja kjer so zaposlene, predvsem ljudsko pesem in petje, krajevne ljudske praznike ter kulinarične posebnosti kraja, kar je pomembno tako za starostnika, kot tudi za socialni in kulturni kontekst. Kot ugotavlja Čurić s sodelavci (2013), aktivnosti, ki so povezane s hrano in prepletene s tradicijo in običaji, zbudijo v starostnikih spomine in družinsko vzdušje. Tudi Križajeva (2012) ugotavlja povezavo med tradicijo oz. kulturno pripadnostjo starostnikov in izbiro aktivnosti, ki jim predstavljajo smisel, dobro počutje, občutek zdravja in odražajo njihovo okupacijsko identiteto. Spoštovanje tradicije se je kazalo pri različnih aktivnostih, kot npr. pri ročnih delih in aktivnostih, povezanih s hrano in umetnostjo. PČA starostniku predstavljajo tudi vir sprostitve in popolne zatopljenosti oz. predanosti.

Wittman in Velde (2002) poudarjata, da morajo tako delovni terapevti, kot tudi ostali zdravstveni delavci biti sposobni obvladovanja kulturnih razlik, kar lahko dosežejo s pridobivanjem znanja o različnih kulturah in z zavestnim razumevanjem pomena vedenja osebe znotraj določenega kulturnega okvira.

Čeprav raziskava datira v leto 2013, menimo, da so izsledki pomembni in se niso bistveno spremenili. Raziskava je pokazala, da 12 anketiranih delovnih terapevtk v DSO, kjer bivajo občani Občine Žužemberk, v aktivnosti delovne terapije vključujejo tudi kulturne značilnosti Suhe krajine. Najpogosteje vključena suhokranjska posebnost v PČA je izdelava cvetnonedeljskih butaric, priprava suhokranjskih jedi ter ličkanje in izdelovanje predmetov iz ličkanja. Vse te aktivnosti starostnikom veliko pomenijo, povečujejo zadovoljstvo in ohranjajo njihovo kulturno identiteto, kar posledično zvišuje kakovost življenja.

## 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. Belec, B., Fridl, J., Gabrovec, M., Hrvatin, M., Kert, B., Kladnik, D. idr. (1998). Slovenija, pokrajine in ljudje. Ljubljana: Mladinska knjiga.
3. Bundy, A. C. (2001). Leisure. Functional Performance in older adults. Philadelphia: F A. Davis Company, 197.
4. Caldwell, L. and Smith, A. E. (2006). Leisure as a Context for Youth Development and Delinquency Prevention. *Aust NZ J Criminol*, 39 (3), 398–418.
5. Cassidy, T. (2005). Leisure, coping and health: the role of social, family, school and peer relationship factors. *Br J Guid Counc*, 33 (1), 51–66.
6. Cijan, R. and Cijan, V. (2003). Zdravstveni, socialni in pravni vidiki starostnikov. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
7. Creagan, E. (2001). Klinika Mayo o zdravem staranju. Ljubljana: Educy.
8. Čurić, D., Pirnat, S. and Križaj, T. (2013). Peka potice kot smiselna okupacija starejših v Sloveniji in sredstvo za medgeneracijsko sodelovanje. *Kakovostna starost*, 16 (2), 22–35.

9. Gašparovič, M. (1999). Kakovost življenja starostnikov v domskem varstvu. *Obzor* 33 (3–4), 92–187.
10. Görgner, J. (2015). Pomen zadovoljevanja duhovnih potreb za kakovostno življenje v tretjem življenjskem obdobju. V B. Filej (ur.), *Zbornik prispevkov z recenzijo. 3. mednarodna znanstvena konferenca Znanost in kultura za zdravo družbo* (str. 20–21). Maribor: Alma Mater Europaea – ECM.
11. Hinojosa, J. and Blount, M. L. (2009). *Occupation, Purposeful Activities and Occupational Therapy*. V J. Hinojosa and M. L. Blount, *The Texture of Life* (str. 1–9). USA: American Occupational Therapy Association (AOTA), 1–19.
12. Hojnik – Zupanc, I. (1999). Samostojnost starega človeka v družbeno-prostorskem kontekstu. Ljubljana: Znanstvena knjižnica FDV.
13. Hvalič Touzery, S. (2007). Gerontološko izrazje. *Kakovostna starost*, 10 (2), 58–62.
14. Kovač, A. (2013). *Kakovost življenja starostnika v domu starejših občanov* (Diplomska naloga). Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.
15. Križaj, T. (2012). Smiselne aktivnosti pri starejših. V *Delovna terapija – stroka sedanjosti* (str. 95–104). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
16. Majnemer, A. (2010). Balancing the boat. Enabling an ocean of possibilities. *Can J Occup Sci* 6 (1), 27–33.
17. Mandl, I., Dorr, A. and Oberholzner, T. (2006). *Age and employment in the new Member States. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Pridobljeno 29. 2. 2012, s <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/26/en/1/ef0626en.pdf>.
18. Mavrič, G. in Marušič, V. (2004). Smiselne aktivnosti starostnikov v instituciji in doma. Človeku prijazni pristopi. V *40 let izobraževanja delovnih terapevtov Slovenije* (str. 174–184). Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
19. Nacionalni odbor Evropskega aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti leta 2012. (2012). *Evropsko leto aktivnega staranja in solidarnosti med generacijami 2012*. Pridobljeno 4. 4. 2012, s [http://www.mddsz.gov.si/si/teme\\_projekti/el2012/](http://www.mddsz.gov.si/si/teme_projekti/el2012/).
20. Neumayer, B. and Wilding, C. (2005). *Liesure as Commodity. Occupation and Practice in Context*. Elsevier Churchill Livingstone.
21. Olson, L. (2009). *Leisure Occupations*. V J. Hinojosa, M. L. Blount (eds.), *The Texture of Life* (str. 367–407). USA: American Occupational Therapy Association (AOTA).
22. Oven, A. in Slavec, L. (2008). Starostnik – sodelovanje v delovno terapevtski obravnavi. V *Začrtajva pot do dobrega počutja: načrtovanje obravnave v delovni terapiji* (str. 57–67). Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije.
23. Ramovš, J. (2003). *Kakovostna starost*. Ljubljana: inštitut Antona Trstenjaka, Slovenska akademija znanosti in umetnosti.
24. Ramovš, J. (2005). Medčloveški in medgeneracijski odnosi – pogoj za kakovostna poznejša leta. *Zdrava poznejša leta*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
25. Ramovš, J. and Ramovš, M. (2013). Duhovne potrebe in zmožnosti v lučistaranja in sožitja. V J. Ramovš (ur.), *Staranje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
26. Regoršek, V. (2005). Stari ljudje v Sloveniji danes in jutri. V M. Muršec (ur.), *Ali smo pripravljeni na starost jutrišnjega dne?* (str. 1–6). Maribor: SB.
27. Sekelšek, D. (2007). Primerjava preživljanja prostega časa starih ljudi v domačem okolju in Domu starejših Šentjur (Diplomska naloga). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
28. Skela Savič, B., Zurc, J. in Hvalič Touzery, S. (2010). Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego, *Obzor Zdr N*, 44 (2), 89–100.
29. SURS - Statistični urad Republike Slovenije. (2009). *Domovi za starejše v 77 občinah*. Pridobljeno 7. 3. 2012 s, <http://www.stat.si/obcinevstevilkah/Vsebina.aspx?leto=2011&ClanekNaslov=SocialnaDomovi>.
30. SURS - Statistični urad Republike Slovenije. (2011). *Občina Žužemberk*. Pridobljeno 7. 3. 2012, s <http://www.stat.si/obcinevstevilkah/Vsebina.aspx?leto=2011&id=210>.

31. SURS - Statistični urad Republike Slovenije. (2014). Mednarodni dan starejših 2014. Pridobljeno 5. 10. 2015, s [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=6513](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=6513).
32. 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.
33. Voljč, B. (2007). Zdravo staranje. *Kakovostna starost*, 10 (2), 2–11.
34. Wallace, M. and O'Shea, E. (2007). Perceptions of spirituality and spiritual care among older nursing home residents at the end of life. *Holistic Nursing Practice*, 21 (6), 285–289.
35. Wallner, J., Bader, E. in Bramböck, M. (2009). *Poslovnik E-qalin Slovenija, verzija 3.0*. Logatec: Firis Imperl & CO. d.n.o.
36. Wittman, P. and Velde, B. P. (2002). Attaining cultural competence, critical thinking and intellectual development: a challenge for occupational therapists. *American Journal of Occupational Therapy*, 56 (4), 454–456.

# Revmatične bolezni pri starostnikih

UDK 616-002.77-053.9

**KLJUČNE BESEDE:** starostniki, revmatične bolezni, informacije, nasveti

**POVZETEK** - Kronična vnetna revmatična bolezen je skupno ime za različne bolezni, ki prizadenejo mišično-skeletni sistem. Poznamo okoli 200 vrst kroničnih vnetnih revmatičnih bolezni. Lahko prizadenejo kosti, sklepe, mehka tkiva in mišice. S starostjo se pogostost določenih revmatičnih bolezni povečuje. Posameznika bolezen ne prizadene le fizično, ampak tudi psihično. Bolečina, zmanjšanje mobilnosti in zmožnosti za izvajanje vsakodnevnih aktivnosti in utrujenost predstavljajo velik stres za starostnika, ki zaradi opešanih telesnih funkcij še težje upravlja s svojim življenjem ter zaide v začarani krog odvisnosti od tuje pomoči. Poleg farmakološke terapije, ki jo predpiše specialist revmatolog, potrebujejo revmatični bolniki pomoč medicinske sestre, fizioterapevta, pogosto tudi nasvete delovnega terapevta. Da bi lažje sprejeli bolezen, potrebujejo predvsem ustrezne informacije za vsakdanje življenje. Izobraževanje in promocija zdravja med starostniki znatno izboljšujeta funkcionalne sposobnosti, zmanjšata bolečino in izboljšata psihično stanje, povezano z revmatično boleznijo. Pomembno je, da jih poučimo o zdravlilih, in sicer o njihovi učinkovitosti, neželenih učinkih, načinih in pogostosti jemanja in shranjevanju zdravil.

UDC 616-002.77-053.9

**KEY WORDS:** elderly people, rheumatic diseases, education, advice

**ABSTRACT** - Chronic inflammatory rheumatic disease is the common name for various diseases affecting the musculoskeletal system. There are about 200 types of chronic inflammatory rheumatic diseases. They can affect the bones, joints, soft tissues and muscles. With age, the incidence of certain rheumatic diseases increases. Diseases affect the individual physically and also mentally. Pain, reduced mobility, ability to perform daily activities and fatigue represent a great amount of stress for the elderly, therefore they hardly manage their life and frequently become dependent on the help of others. In addition to the pharmacological therapy, prescribed by specialist rheumatologist, patients with rheumatic diseases need help of a nurse, a physical therapist, often also advice from occupational therapists. For a better life, they need relevant information for everyday life. Education and health promotion for elderly people significantly improve functional capacity, reduce pain and improve their psychological condition. They need to get important information about medications, their efficacy, side effects and storage.

## 1 Revmatične bolezni

Vnetne revmatične bolezni predstavljajo raznovrsten spekter bolezni, ki lahko prizadene vse organske sisteme. Revmatične bolezni vplivajo na številne vidike življenja bolnikov. Cilji zdravljenja vnetnih revmatičnih bolezni so: nadzorovati bolečino in vnetje, izboljšati kakovost življenja, upočasniti napredovanje bolezni in invalidnost (Ješe in Tomšič, 2013). Najpogostejše revmatične bolezni, ki se pojavljajo pri starejših ljudeh so polimialgija, gigantocelični arteritis, s kristali povzročeni artritis (putika, psevdoprotin) in osteoartritoza. Zdravstvena nega bolnika z revmatično boleznijo predstavlja velik izziv za medicinsko sestro, tako s telesnega kot tudi psihičnega vidika.

### 1.1 Revmatske bolezni pri starostnikih

Revmatične bolezni pri starostnikih neposredno vplivajo na mobilnost, hojo, stabilnost, kakovost življenja in neodvisnost. Komorbidnost pri starejših bolnikih znatno

otežuje zdravljenje revmatičnih bolezni, zlasti srčno žilna obolenja. Ravno tako so bolniki zaradi starosti bolj dovzetni za neželene učinke zdravil. Z daljšanjem življenjske dobe ter večanjem števila starejše populacije revmatične bolezni, ki so bile diagnosticirane v mlajših letih postajajo breme v starosti. Poveča se toksičnost nesteroidnih antirevmatikov, ki povzročajo gastrointestinalne krvavitve ter odpovedi ledvic. Pri zdravljenju se je potrebno osredotočiti na izboljšanje funkcionalnega stanja ter lajšanja bolečin (Kavanaugh, 2005). Pomemben poudarek je pri obnavi tovrstnih bolnikov je na psihičnem področju. Psihični dejavniki kot so stres in depresija sta lahko pomembna vzroka za slabšo adherenco kar vodi v slabši izid zdravljenja.

### *1.2 Revmatična polimialgija*

Redko se pojavi pred 60 letom starosti. Sodi med avtoimunska obolenja, kjer imunski sistem napade telesu lastna tkiva, v tem primeru mišice. Posameznik toži za bolečinami v ramenskem obroču z mišicami nadlahti, v mišičnem obroču s stegenskimi mišicami in bolečinami v vratu, ter jutranjo okorelostjo, ki traja 30 minut ali več. V krvi ugotovimo povišano sedimentacijo eritrocitov ( $>50\text{mm/h}$ ). Bolniki so utrujeni, otopeli, imajo zvišano telesno temperaturo. Višja prevalenca je v severnih deželah, predvsem v Skandinaviji, kar pripisujejo pomanjkanju dnevne svetlobe in sonca. Bolezen se lahko prične nenadno in se v mesecu dni popolnoma razvije s pravo klinično sliko. Prej zdravi posamezniki povedo, da so nekega jutra komaj vstali iz postelje zaradi izrazite jutranje okorelosti, dotlej neznanih in hudih bolečin v mišicah stegen. Opazijo, da si zaradi hudih bolečin v mišicah ramenskega obroča ne morejo več sami obleči obleke čez glavo in se počesati. Ravno tako zaradi bolečin v prizadetih mišicah ne morejo spati in se večkrat zbudijo. Mišična moč se praviloma ne zmanjša (Lestan, 2012).

Bolezen lahko privede do potrebe po pomoči drugih, kar lahko starostnika vodi v odvisnosti. Zato je izrednega pomena edukacija ter čim prejšnje zdravljenje (Loeslie, 2000).

### *1.3 Gigantocelični arteritis*

Pogosto ga imenujemo temporalni arteritis, ker najpogosteje prizadene kranialne veje arterij, ki izvirajo iz aortnega loka. Bolezen se pojavlja pri ljudeh, starejših od 50 let, in je zelo redka bolezen, zato je pogosto spregledana. Pri ženskah se pojavlja 2-4 krat pogosteje kot pri moških. V Sloveniji se pojavi 6,7 primera na 100.000 prebivalcev, najpogosteje se pojavi v starosti okrog 70 let. Vzroka bolezni ne poznamo. Gre za avtoimuno bolezen, kar pomeni, da se tvorijo protitelesa proti lastnemu tkivu in celicam. Začetek je nenaden, pri dveh tretinah bolnikov s pretežno enostranskim glavobolom. Večina bolnikov pove, da tako hudega glavobola še niso doživeli. Arterija na sencih so zvijugane, trde in boleče na pritisk. Utrip je težko otipljiv ali sploh ni tipen. Bolniki tožijo o bolečinah v lasišču, žvekalnih mišicah, ustih in grlu. Lahko imajo občutek bolečega in mravljinčastega jezika. Če je prizadeta oftalmična arterija, lahko nenadno oslepijo, dokončna oslepitev je običajno enostranska, redko obojestranska in je najresnejši zaplet bolezni. Pogosto (30 %) takšni bolniki zaradi raznolikih nevroloških motenj, prehodnih ishemičnih napadov možganov ali kapi Najhitreje diagnosticiramo bolezen z UZ dopplersko preiskavo arterije, dokončno diagnozo postavimo z odvze-

mom histološkega vzorca arterije. Pogosto se pri gigantoceličnem arteritisu pojavlja tudi revmatična polimialgija (pri 40-60 %). Obe bolezni se zdravita z glukokortikoidi, zaradi česar lahko prihaja do dodatnih zapletov. Nekatere lahko preprečimo in zdravimo, drugih ne moremo. Med tiste, ki jih lahko preprečujemo in zdravimo spadajo: osteoporoza, arterijska hipertenzija, steroidno sprožena sladkorna bolezen, akne, kongestivno srčno popuščanje, peptična razjeda, glavkom. Med zaplete na katere nimamo vpliva sodijo: ateroskleroza, podkožne krvavitve, stanjšana koža, steroidna miopatija, osteonekroza, okužbe (Lestan, 2012).

#### *1.4 Osteoartrza (OA)*

Je raznolika sklepna bolezen z več vzroki, ki prizadene enega ali več sinovijskih okončin ali hrbtenico ali oboje. Delimo jo na primarno in sekundarno. Sekundarna se pojavlja kot posledica različnih bolezni, ki prizadenejo sklep (protin, akromegaliya, hipotiroidizem, revmatoidni artritis, spondiloartritis, septični artritis, anatomske spremembe, kot so npr. različno dolge okončine, pretirano gibljivi sklepi, displazija kolka ...). Primarna osteoartrza je najpogostejša sklepna bolezen, prizadena 10 % svetovnega prebivalstva. Prevalenca se s starostjo veča. Ženske zbolejajo dvakrat pogosteje kot moški in črнке dvakrat pogosteje kot belke. Dejavniki, ki vplivajo na nastanek osteoartrze so staranje, mehanične poškodbe, konstitucionalni, dedni, hormonski in vnetni. Škodljivi dejavniki se med seboj kombinirajo in ko je njihov vpliv dovolj velik, da premagajo odpornost hrustanca, povzročajo spremembe in okvare (Plešivčnik - Novljan in Kos-Golja, 2008). Zaenkrat ne moremo reči, da poznamo zdravilo za zdravljenje OA. Individualno prilagojeni postopki zdravljenja omilijo simptome bolezni in zmanjšajo bolnikovo oviranost. Kombinirano nefarmakološko in farmakološko zdravljenje imata skupni cilj nadzor bolečine, izboljšanje funkcije, čim boljša kakovost življenja, ki jo dosežejo z upoštevanjem priporočil v skupinah za samopomoč, redna vadba (Bregar, 2002).

#### *1.5 Protin*

Putika ali giht so izrazi za bolezen, ki so jo v zgodovini poznali kot bolezen kraljev. Obolevali so premožnejši sloji, ki so se prehranjevali z beljakovinsko bogato hrano. V zadnjem desetletju število obolelih s protinom narašča skupaj z ostalimi civilizacijskimi boleznimi, predvsem zaradi načina življenja. Med dejavnike tveganja poleg moškega spola sodi še starost (nad 65 let). Vzrok nastanka protina je zvečana tvorba sečne kisline in njenih soli. Na povišano raven sečne kisline vpliva hrana bogata s purini, njen presežek pri nastajanju v telesu, zmanjšano izločanje sečne kisline s sečem zaradi ledvične bolezni in nekatera zdravila (diuretiki). Pogosto je vzrok za napad prekomerno pitje alkohola, redko pa so vzrok protina prirojene motnje v presnovi purinov. Desetkrat pogosteje zbolejajo ljudje pri katerih je raven sečne kisline stalno nad zgornjo normalno mejo (480  $\mu\text{mol/l}$ ). Večina bolnikov so spolno zreli moški med 40. in 60. letom. Ženske so v rodni dobi zaščitene pred protinom z urikozuricnim učinkom estrogenih hormonov, po menopavzi pa je njihova zbolewnost podobna kot pri moških (Lestan in Logar, 2012). Zgodnji znaki protina se lahko kažejo kot asimptomatska hiperurikemija, ki lahko traja tudi več kot 20 let. Konča se s prvim napadom



sklepnega vnetja – akutnim uričnim artritidom, ki mu pri skoraj treh četrtinah bolnikov sledi ponovni napad že v prvem letu. V polovici primerov je najprej prizadet metakarpofalangealni sklep palca stopala. Artritis se praviloma začne nenadoma, pogosto ponoči s hudo bolečino, oteklino, sklep je pordel in vroč (Lestan in Logar, 2012). Cilji zdravljenja bolnika, ki ima s kristali povzročeno sklepno vnetje so prekinitev akutnega napada, preprečevanje ponovitev napadov, preprečevanje in zdravljenje pridruženih bolezenskih stanj. Zdravstvena vzgoja bolnika je izrednega pomena za zdravljenje protina. Bolnika je potrebno poučiti o bolezni ter ga seznaniti z načeli zdrave prehrane s poudarkom na spremembi načina življenja (Pavič Nikolič, 2010).

## 2 Edukacija starostnikov z revmatičnimi obolenji

Ljudje z revmatičnimi boleznimi se morajo naučiti nadzora svoje bolezni, ker tako vplivajo na telesno, funkcionalno, socialno in psihološko komponento svojega življenja ter s tem prevzemajo nadzor nad njim. Raziskava leta 2008 (Hammond idr.) dokazuje, da je pri bolnikih z RA program izobraževanja izboljšal za najmanj eno leto psihično stanje, vplival na samonadzor bolezni, predvsem na nadzor bolečine.

Izobraževanje bolnikov je znatno izboljšalo funkcionalne sposobnosti, bolečino in psihološko stanje, povezano s revmatično boleznijo. Čeprav imajo bolniki na voljo različne vire, vključno informativne brošure in spletne strani, je bolj cenjeno izobraževanje, ki ga izvajajo medicinske sestre individualno ali skupinsko. Medicinska sestra ima ključno vlogo pri izobraževanju bolnika na področju učinkovitosti, neželenih učinkov zdravil, načinov in pogostosti dajanja zdravil, shranjevanju zdravil, samo-injiciranju zdravila, vključno s prikazom ustrezne tehnike. Poleg tega, ugotovi pripravljenost bolnika za razumevanje zdravljenja bolezni. Izobraževanje bolnikov vpliva tudi na reševanje psiholoških in socialnih problemov, občutno izboljšuje telesno in čustveno počutje. Bolečina je pogosto najslabši simptom za mnoge bolnike, in vztrajna bolečina lahko povzroči stres in depresijo (Dewing idr., 2010).

### 2.1 Podpora pri zdravljenju

Promocija zdravja med starostniki, znatno izboljšuje funkcionalne sposobnosti, zmanjša bolečino in izboljša psihično stanje, povezano z revmatično boleznijo. Pomembna je edukacija na področju zdravil in sicer informacije o njihovi učinkovitosti, neželenih učinkih, načinih in pogostosti dajanja zdravil, shranjevanju zdravil. Zaužitje vsaj 80% odmerkov zdravil se smatra za dobro adherenco. Adherenca, sodelovalnost bolnikov na področju rednega jemanja zdravil v pravih odmerkih je ravno pri starostnikih, ki so pogosto komorbidni, najslabša. Ravno tako jo poslabšuje demenca oziroma upad kognitivnih sposobnosti starostnika. Bolniki potrebujejo motivacijo in podporo, da bi povečali zavzetost za zdravljenje (Jimmy in Jose, 2011). Skoraj polovica bolnikov ne prejema redno svojih zdravil. To dejstvo se pripisuje pozabljivosti. Izrednega pomena je vključevanje izvajalcev oskrbe, svojcev, partnerjev. Pozabljivost se lahko izboljša z uporabo opomnikov, koledarjev, škatlic za zdravila. Da bi dosegli izboljšanje

zdravstvenega stanja je potrebno vzpostaviti korekten odnos med starostnikom ter zdravnikom oziroma zdravstvenim osebjem, najpogosteje medicinsko sestro. Z zdravstveno vzgojnim delom dosežemo razumevanje bolezni ter načine zdravljenja, kar poveča zavzetost starostnika za zdravljenje. Pomembno je poleg ustne zagotoviti tudi pisno podporo, zlasti pri boleznih kot je putika, ki zahteva dietni režim in temeljito spremembo življenjskega stila (De Achaval in Suarez-Almazor, 2010). Zdravljenje s kortikosteroidi potrebuje reden nadzor. Preventiva se izvaja s preprečevanje osteoporoze (primerna aktivnost, dodajanje kalcija in vitamina D), redne kontrole krvnega tlaka, ravni sladkorja v krvi in elektrolitov (Rotar in Rozman, 2012).

## 2.2 Nefarmakološko zdravljenje

Pomembni nasveti, ki jih starostniki lahko dobijo se nanašajo na ohranjanje energije. Ekstremna nihanja bolezni je potrebno umiriti s temeljitim pregledom dnevnih aktivnosti in uravnoteženjem počitka in dnevnih aktivnosti. Cilj je zmanjševanje utrujenosti, bolečin in povečanje aktivnostne tolerance za doseganje boljše produktivnosti in kvalitete življenja. Principi hrambe energije se nanašajo na planiranje in organizacijo aktivnosti: opravljanje prioritarnih nalog (nepotrebne eliminirati), vzdrževanje dobre drža med izvajanjem aktivnosti, uporabo pomožne tehnologije kjer se da, planiranje počitka. Z nasveti o življenjskem slogu pripomoremo k zmanjšanju že nastalih težav oziroma preprečevanju njihovega nastanka.

Pomembno je spodbujati starsotnike k redni vadbi ter s tem k ohranjanju fizične zmogljivosti. S čimer se preprečuje osteoporoza, slabšanje osteoartroze ter zmanjšanje padcev in ohranjanje zdravega kardiovaskularnega sistema. Ravno tako se izboljša z redno vadbo socialni vidik življenja starostnika, ker se družijo in širi socialno mrežo kar dobro vpliva na njegovo samopodobo ter izboljšuje duševno zdravje. Izrednega pomena je vključiti družino, prijatelje. Edukacija naj bo usmerjena na posameznika ter njegove potrebe s tem pridobimo zaupanje ter lažje vplivamo na potek in zdravljenje (Raishevich Cunningham in Kashikar-Zuc, 2013).

## 3 Razprava

Prispevek je rezultat pregleda domače in tuje literature s področja revmatoloških bolezni pri starostnikih s poudarkom na vlogi zdravstvene nege. Zavedamo se pomanjkljivosti v zdravstveni obravnavi starostnika z revmatološkim obolenjem. Za izboljšanje obravnave bi bilo potrebno opolnomočiti medicinske sestre in širši zdravstveni tim na področju psihološke podpore, ki je tako kot fizična obravnava enako pomembna za izid zdravljenja. To vlogo bo v bodoče potrebno še bolj natančno opredeliti z vidika povezovanja z drugimi strokovnimi področji kot so patronažna zdravstvena nega, socialno varstvo ipd. Tovrstno sodelovanje bi pripomoglo k večji kvaliteti življenja starostnika. Nakazuje se potreba po izdelavi standardov in kliničnih poti zdravstvene obravnave.

## 4 Zaključek

Splošna strategija promocije zdravja stremi k povečanju znanja v skupnosti s poudarkom na zdravem okolju, zmanjševanju dejavnikov tveganja (npr. kajenje) in spodbujanju zdravega vedenja (npr. telesna dejavnost, vzdrževanje telesne teže, obvladovanje stresa). S tem pristopom naj bi poskušali zmanjšati neenakosti v zdravju. Preprečevanje bolezni (in upravljanje z boleznijo) je treba prilagoditi glede na potrebe ljudi iz različnih kulturnih okolij, v vseh fazah življenjske dobe, vseh socialno-ekonomskih in izobraževalnih okoljih (Pavič Nikolič in Huzjan, 2012).

S staranjem prebivalstva se tudi odstotek starejših bolnikov z revmatičnimi boleznimi povečuje. Poleg že utečenih programov promocije zdravja je potrebno poiskati način, da se dovolj zgodaj odkrije tiste starostnike, ki so še dodatno ogroženi zaradi revmatičnih bolezni. Z individualnim pristopom zagotoviti skrben nadzor nad boleznijo ter jih aktivno vključiti v zdravljenje in odločanje o svojem življenju z boleznijo.

## LITERATURA

1. Bregar, M. (2002). Novejša spoznanja na področju etiopatogeneze in zdravljenja primarne osteoartroze. *Zdravstveni Vestnik*, 71, 235–239.
2. De Achaval, S. and Suarez-Almazor, M. E. (2010). Improving Treatment Adherence in Patients With Rheumatologic Disease. *Journal of Musculoskeletal Medicine*, 27 (10), 147–156.
3. Dewing, K. A., Fritz, J., Furfaro, N. M., Kortan, J. M. and Ruffing, V. (2010). The Evolving Role of the Rheumatology Nurse. *Rheumatology Nurse Newsletter*, 3 (4), 4–16.
4. Hammond, A., Lincoln, N. and Sutcliffe, L. (1997). A crossover trial evaluating an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. *Patient Education Counseling*, 37 (1), 19–32.
5. Hill, J. (2006). The common rheumatic diseases. *Rheumatology Nursing*. 2 ed. England: John Wiley&Sons, Ltd., 48–53.
6. Huzjan, B. (2012). Delovna terapija. V M. Kos–Golja and S. Praprotnik (eds.), *Revmatološki priročnik za družinskega zdravnika* (262–263). Ljubljana: Lek.
7. Ješe, R. in Tomšič, M. (2013). Vnetne revmatične bolezni. *Farmacevtski Vestnik* 64 (4), 267–270.
8. Jimmy, B. in Jose, J. (2011). Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. *Oman Medical Journal*, 26 (3), 155–159.
9. Kavanaugh, A. (2005). Rheumatic Diseases in the Elderly: A “Perfect Storm”. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21 (3), 465–676.
10. Lestan, B. (2012). Revmatična polimialgija in gigantocelični arteriitis. V M. Kos - Golja in S. Praprotnik (ur.), *Revmatološki priročnik za družinskega zdravnika*. Ljubljana: Lek.
11. Lestan, B. in Logar, D. (2012). S kristali povzročeni artritis. V M. Kos - Golja in S. Praprotnik (ur.) *Revmatološki priročnik za družinskega zdravnika* (97–103). Ljubljana: Lek.
12. Loeslie, V. (2000). Pain in the elderly: polymyalgia rheumatica. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 4 (6), 345–348.
13. Michet, C. J., Evans, J. M., Fleming, K. C., O’Duffy, J. D., Jurisson and M. L., Hunder, G. G. (1995). Common rheumatologic diseases in elderly patients. *Mayo Clinic Proceedings*, 70 (12), 1205–1214.
14. Pavič Nikolič, M. (2010). Zdravstvena vzgoja bolnika s protinom. *Obzornik Zdravstvene nege* 45 (1), 61–64.

15. Pavič Nikolič, M. in Huzjan, B. (2012). Revmatoidni artritis. Kljub vsemu zmorem. Naša lekarna, 63, 61–63.
16. Plešivčnik - Novljan, M. in Kos-Golja, M. (2012). Oateoartroza. V M. Kos - Golja in S. Praprotnik (ur.), *Revmatološki priročnik za družinskega zdravnika* (str. 107–125). Ljubljana: Lek.
17. Raishevich Cunningham, N. in Kashikar-Zuck, S. (2013). Nonpharmacologic Treatment of Pain in Rheumatic Diseases and Other Musculoskeletal Pain Conditions. *Current Rheumatology Reports*, 15 (2), 152–159.
18. Rotar, Ž. in Rozman, B. (2012). Glukokortikoidi. V M. Kos–Golja in S. Praprotnik (ur.), *Revmatološki priročnik za družinskega zdravnika* (str. 246). Ljubljana: Lek.

# Preprečevanje padcev hospitaliziranih starostnikov

UDK 614.8-053.9-052

*KLJUČNE BESEDE:* kakovost, dejavniki tveganja, padci, preventiva

*POVZETEK* - Padci pacienta v bolnišničnem okolju so najpogostejše zabeleženi neželeni dogodki. Preventivni programi za preprečevanje padcev pripomorejo k učinkovitemu upadu števila padcev, vendar morajo vsebovati multifaktorske intervencije. Pri zagotavljanju varnosti v zdravstveni negi je za medicinsko sestro najpomembnejše ugotavljanje pacientovih potreb, natančna ocena dejavnikov tveganja za padce in določitev aktivnosti zdravstvene nege, ki pripomore k preprečevanju padcev. Raziskava v članku temelji na kvantitativni metodologiji. Z raziskavo smo izpostavili problem padcev pri starostnikih na infekcijski kliniki. Posledica padcev so lahko poškodbe, ki povzročijo bolečino, trpljenje, spremenjen potek zdravljenja, povečano odvisnost od negovalnega osebja in ogrozijo pacientovo življenje. Zato so vsa prizadevanja usmerjena v varnost pacientov in preprečevanje padcev, saj je tudi od tega odvisna kakovost zdravstvene oskrbe.

UDC 614.8-053.9-052

*KEY WORDS:* quality, risk factors, falls, preventive approach.

*ABSTRACT* - Patient falls in hospitals are the most frequently reported adverse events. Although prevention programmes help to prevent falls effectively, they must include multintervention. For safety in nursing care, it is essential for a nurse to detect the patient's needs, evaluate exact risk factors for falls and determine the activities of nursing care for their prevention. The survey highlighted the problem of falls of the elderly patients at our Clinic of Infectious Diseases. The consequences of the falls may be injuries that cause pain, suffering, changed course of treatment, increasing dependence on nursing staff, and may jeopardise the patient's life. Therefore every effort is directed towards improving the patients' safety and preventing the incidence of falls, since it also reflects in the quality of the treatment and care.

## 1 Uvod

Poškodbe so pomemben javnozdravstveni problem ljudi, starih nad 64 let, saj so drage za zdravstveni sistem, imajo običajno resne posledice in vodijo v ireverzibilno slabljenje funkcije, institucionalizacijo in smrt starostnika. Razvite države se že srečujejo z negativnimi posledicami staranja prebivalstva, saj prihaja do globalnega naraščanja števila poškodb, vnetnih in degenerativnih bolezni (Rok Simon, 2006).

Dejstvo je, da je starost pomemben dejavnik, ki vpliva na nastanek poškodb. V starosti se zmanjša koordinacija in kostna masa ter oslabijo senzorne funkcije. Najpogostejše posledice padcev so okvare mehkih tkiv gibalnega sistema in zlomi. Starejša populacija je dovzetnejša za številne zaplete, med katerimi je treba poudariti zastojno pljučnico, obstopacijo motnje odvajanja vode, kontrakture, preležanine (Turk, 2002).

Bolnišnično okolje predstavlja tveganje, kjer zaradi različnih dejavnikov lahko pričakujemo pogostejše padce in zaznavamo večjo ogroženost pacientov s padci. Vodenje evidence nad padci pacientov v zdravstveni ustanovi je smiselno zaradi obveščanja zaposlenih, predvsem medicinskih sester in vodstev bolnišnic o resnosti problema

padcev in zaradi načrtovanja, zagotavljanja učinkovitosti preventivnih programov. Število padcev oziroma pogostost padcev je zdravstvenimi organizacijami primerljiv podatek, ki se uporablja pri ocenjevanju kakovosti v posamezni zdravstveni ustanovi (Štimatek, 2007b).

Zdravstvena dejavnost je področje z visokim tveganjem zaradi neželenih dogodkov, ki ne nastanejo zaradi same bolezni, ampak kot posledica zdravljenja, kar lahko privede do hudih okvar, zapletov lahko tudi do smrti. Kljub postopkom, ki jih bolnišnice in zdravstveni zavodi zagotavljajo za pacientovo varnost (Luksemburška deklaracija o varnosti, 2005).

## 2 Dejavniki tveganja za padec

Padec je definiran kot nepričakovan pristanek na tleh ali kakšni drugi nižji lokaciji. Večina padcev se začne v pokončnem položaju, vendar se padec prav tako zgodi pri vstajanju iz stola ali postelje (Psihiatrična bolnišnica Ormož 2002).

Definiran je tudi kot vsak nenačrtovan dogodek, pri katerem se pacient nenamerno znajde na tleh, tudi če ga nismo neposredno videli pasti (Štimatek, 2007). definicija padce vključuje padec/ zdrs s postelje, zdrs s stola na tla padec brez prič oziroma „najden na tleh“, spotik, zdrs, padec pri hoji (Pribaković in Brinovec 2010).

Skoraj vsak padec je lahko napovedljiv. Napovemo ga na podlagi dejavnikov tveganja v bolnišničnem okolju (Evans, Hodgkinson, Limbert in Wood, 2001).

Tomšič (2011) je povzela informacije tujih avtorjev in prikazala so-odvisnost dejavnikov, ki vodijo v začarani krog padcev. Položajna nestabilnost, ki jo povzročata slabše ravnotežje in zmanjšana mišična moč ter težave pri hoji, vodijo v pogostejše padanje. Na frekvenco vpliva tudi okolje v katerem se osebe gibljejo. Vsi navedeni elementi lahko privedejo do poškodb, le te pa posledično do slabše mobilnosti ali nepremičnosti. Slabša mobilnost zmanjša trajanje in pogostost gibanja v širšem okolju, kar lahko povzroči šibkost, vpliva na slabšo prebavo. Vsi ti dejavniki privedejo do socialne izolacije. Šibkost in socialna izolacija sta vzrok za slabšanje splošnega zdravstvenega stanja. Vpliva lahko tudi na upad kognitivnih sposobnosti, ki posledično vodi v znižanje kakovosti življenja, vodi v depresijo in vpliva za zgodnejši odhod v socialni zavod in visoko tveganje za splošno slabše zdravstveno stanje vodi ponovno v položajno nestabilnost in tako se krog soodvisnih dejavnikov ponovi.

## 3 Vpliv zdravil na padce

Dokazano je, da zdravila vplivajo na možnost za padce. Predvsem so izpostavljeni starostniki, saj so izpostavljeni številnim boleznim in zato posledično uživajo več zdravil. Seveda pa je bolnih vedno več ljudi srednje starosti in tudi ti uživajo velike količine zdravil. Predvsem nevarna zdravila, ki povzročajo zmanjšano funkcijo organizma v smislu zaznavanja, so zdravila skupine antidepresivov, ki imajo močne

antiholinergične stranske učinke. Prav tako so nevarni sedativi in centralno delujoča zdravila, ter terapija pri parkinsonizmu. V skupino nevarnih zdravil spadajo tudi zdravila skupine fenotiazini. Hipnotiki z dolgim delovanjem povečajo nevarnost nočnih padcev in zlomov kolka ter drugih poškodb (Kocijan, 2002).

Po mnenju Kogoja (2004) se večina padcev zgodi v bolnišnicah pri starostnikih, zlasti pri tistih z ortostatsko hipotenzijo, ki prejemajo različna psihotropna zdravila z izrazitejšim delovanjem na kardiovaskularni sistem ali zdravila s sedativnim učinkom. Taka zdravila pogosto prejemajo zaradi motenj spanja, psihopatoloških doživetij ali vedenjskih sprememb pri demenci. Verjetnost padca je velika. Ko se starostnik zbudi sredi noči in pod vplivi uspaval išče pot in vstane.

## 4 Posledice padcev

najpogostejše posledice padcev so okvare mehkih delov gibalnega sistema in zlomi. V Sloveniji so padci pri starejših velik problem, saj so vzrok za 44 % smrti in 75 % vseh hospitalizacij zaradi poškodb (Statistični urad Republike Slovenije, 2008).

Pri starejših ljudeh se pogosteje pojavljajo zlomi, ki negativno vplivajo na zmanjšanje samostojnosti, mobilnosti in kvaliteto življenja bolnika, to pa posredno vpliva tudi na umrljivost po zlomu. Zaradi naravnih procesov staranja so možnosti za preživetje po poškodbi po 64. letu slabše, saj imajo starejši ljudje na splošno višjo umrljivost pri enako težkih poškodbah. Vzrok za strm porast umrljivosti zaradi padcev v visoki starosti je tudi zmanjšanje rezerve vitalnih organov, ki povzročajo počasnejše zdravljenje in lahko tudi smrt, če sta poškodba in sam postopek zdravljenja preveč načeli vzdrževalno funkcijo in biokemično ravnotežje starega organizma (Rok Simon, 2006).

## 5 Metoda

Za proces raziskovanja padcev na Kliniki za infekcijske bolezni in vročinska stanja smo izvedli kvantitativno raziskavo. Pregledali smo pacientovo dokumentacijo na odraslih oddelkih in sicer obrazec »poročilo o padcu«. Podatke smo analizirali za kalendarско leto 2014. Za analizo podatkov smo uporabili osnovne statistične prametre. Podatke smo obdelali s statističnim programom Microsoft Excel.

## 6 Rezultati

Število zabeleženih padcev na Kliniki za infekcijske bolezni in vročinska stanja za leto 2014 je bilo 65 od tega 34 (52 %) žensk in 31 (48 %) moških.

Ob pregledu dokumentacije smo ugotovili, da se največ padcev ne glede na spol zgodi v bolniški sobi (74 %) temu sledi kopalnica in toaletni prostor (22 %) v 2 % pa so se

padci pojavili na hodniku oziroma na lokaciji opredeljeni z drugo. Pri analiziranju podatkov so nas zanimali tudi način padcev.

Pri moških in ženskah je bilo 35 % padcev/zdrsov s postelje. Temu sledi »najden na tleh« (moški: 32 %, ženske: 21 %). Zdrsov je nekoliko več pri ženskah 21 %, pri moških pa je zavedenih 6 %. Padcev je bilo pri moških 26 % pri ženskah pa 23 %.

Večina (48 %) moških, ki so padli, je bila ob sprejemu pokretnih. 11 % jih je bilo delno pokretnih, nepokretnih pa 5 %. Pri ženskah je bilo več kot pol (59 %) pacientov delno pokretnih, temu sledi 35 % pokretnih in 7 % nepokretnih.

Kognitivna vedenja pacientov pred padcem so bila: 47 % žensk je bilo pred padcem označenih kot »orientiran«, 18 % jih je bilo nemirnih in odsotnih, agresivnih. Neorientiranih je bilo 15 % in 3 % je bilo pred dogodkom nemirnih, agresivnih. Pri moških je situacija podobna 32 % pacientov je bilo pred padcem orientiranih, 23 % jih je bilo neorientirani, nemirni, agresivni. Samo nemirnih je bilo 16 % in 13 % je bilo odsotnih.

Ustrezna razsvetljava je bila zagotovljena v polovici primerov padcev. Zagotovljena razsvetljava je bila pri 33 pacientih, pri 32 primerov padcev ta ni bila. Namenska držala v kopalnici in stranišču so bila nameščena v 59 primerih v 6 to ni bilo zagotovljeno. Spolzka tla so bila pri 19 primerih padcev, pri 46 primerih so bila tla suha. Pri 28 pacientih, ki so padli je bil dejavnik tveganja ovira na poti«

Ocena tveganja za padce (MLP) je bila izpolnjena pri 36 (55%) vseh padlih pacientih. Vpliv zdravil je bil ugotovljen pri enajstih moških in desetih ženskah.

Polovica (52 %) padcev je pri moških zabeleženih ponoči, 26 % dopoldan in 23 % popoldan. Pri ženskah pa je 38 % padcev preko noči, 32 % dopoldan in 26 % jih je popoldan.

## 7 Razprava

Pri analiziranju dokumentacije o padcih smo ugotovili, da je bilo na Kliniki za infektivne bolezni in vročinska stanja v letu 2014 zabeleženih 65 primerov padcev odraslih pacientov. Njihova povprečna starost je bila 75,8 let. Pri analiziranju dokumentacije smo ugotovili, da glede na spol ni bilo bistvenih odstopanj v nobenem delu raziskovanja. Večin vseh padcev se je pričakovano zgodila v bolniški sobi (74 %) kjer se tudi pacienti največ gibljejo. Ugotovili smo tudi, da se največ padcev zgodi, ko pacient pade oziroma zdrsne s postelje (35 %) in pogosti so tudi padci pri katerih ni podatka kaj natančno se je dogajalo kar poimenujemo »najden na tleh« 26 %. Največ pacientov, ki je padlo (48 %) je bilo v fizičnem statusu zavedenih kot delnopokretni, 42 % je bilo pokretnih 11 % pacientov, ki so padli pa so bili nepokretni. Pri ugotavljanju kognitivnih znakov je bilo presenetljivo 40 % padlih pacientov zavedenih kot orientiran. 15 % vseh padlih je bilo opredeljene za nemirne.

V teoretičnem delu smo predstavili vpliv zdravil kot dejavnik tveganja za nastanek padca. V naši raziskavi smo sicer beležili samo zdravila iz vrste sadetivov in opiatov ter ugotovili, da je 22 pacientov pred padcem zaužilo vsaj eno od zdravil iz te skupine. Kot dejavnike tveganja smo proučili tudi ustreznost razsvetljave ter ugotovili,



da razsvetljava ni bila zadovoljiva pri 32 pacientih, ki so padli. V nadaljevanju smo ugotovili, da je vseh teh 32 pacientov padlo ponoči in nihče od njih si ni zagotovil ustrezno razsvetlavo. Pri 19 pacientih, ki so padli je bil dejavnik tveganja spolzka tla. Tla so bila v večini primerov spolzka zaradi razlitega čaka, soka, urina... pri 2 primerih je bil vzrok sveže pomita tla. Ovira na poti je privedla do padca pri 28 pacientih. Najpogosteje so te ovire infuzijska stojala oziroma največji razlog ovir je to, da so premajhne bolniške sobe.

Presenetilo nas je tudi dejstvo, da je imelo izpolnjeno oceno tveganja za padce (MLP) samo 36 (55 %) padlih pacientov.

Kot pričakovano se največ padcev tudi na Infekcijski kliniki zgodi ponoči (38 %).

Padci pacientov v zdravstveni negi so strokovne napake, zato je potrebno, da se medicinske sestre zavedajo odgovornosti do padcev za katere skrbijo. Za pacientov padec smo zdravstveni delavci soodgovorni, ker s svojim strokovnim lahko predvidimo okoliščine, ki vodijo do padcev in jih z streznim ukrepanjem lahko tudi preprečijo.

## LITERATURA

1. Bilban, M. in Rok Simon, M. (2008). Poškodbe starejših in padci. V M. Rok Simon (ur.), Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2008 (str. 70–89). Kranj: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.
2. Grmek Košnik, I. (2007). Regijsko specifična naloga: Preprečevanje poškodb. V I. Grmek Košnik (ur.), Program javnega zdravja la leto 2008 (str. 9–11). Kranj: Zavod za zdravstveno zavarovanje Kranj.
3. Kogoj, A. (2004a). Psihiatrični problemi pri poškodovancu starostniku. V V. Smrkolj in R. Komadina (ur.), Gerontološka travmatologija (str. 65–72). Celje: Založba Grafika GRACER D.O.O
4. Kogoj, A. (2004b). Psihološke potrebe c starosti. Zdrav Vestn, 73, 749–751.
5. Luksemburška deklaracija o varnosti (2005). Varnost bolnika - zagotovimo jo. Zdrav Vestn, 74 (7–8), 413–505.
6. Prah, A. (2008). Vzroki in posledice padcev. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
7. Pribakovič Brinovec, R., Masten Cuznar, O., Ivanuša, B., Pajntar, M., Poldrugovac, M. idr. (2010). Priročnik o kazalnikih kakovosti. Ljubljana: Ministrstvo za zaposlovanje.
8. Rok Simon, M. (2004). Preprečevanje poškodb pri starostniku. V V. Smrkolj, in R. Komandia (ur.), Gerontološka travmatologija (str. 285–288). Celje: Grafika Grace d.o.o
9. Rok Simon, M. (2006). Poškodbe starejših ljudi zaradi padcev v Sloveniji. V Poškodbe starejših ljudi zaradi padcev v Sloveniji (str. 4). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
10. Šmitek, J. (2007). Padce bolnikov lahko preprečimo. V D. Miklavčič in B. Marolt Meden (ur.), Interno glasilo univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (str. 6–7). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.
11. Šmitek, J., Klančnik Grden, M., Čermelj, N., Marolt, A., Jaklič, A. idr. (2007). Prepoznavanje dejavnikov tveganja za padec v UKC Ljubljana. V B. Filej in P. Kersnič, Zdravstvena in babiška nega- kakovostna, učinkovita in varna (str. 161–170). Ljubljana, Slovenija: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
12. Tomšič, M. (2011). Zakaj starejši padejo in kako padec preprečiti. V D. Rugelj in F. Sevšek (ur.), Aktivno in zdravo staranje. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
13. Turk, Z., Barovič, J., Jesenšek Papež, B., Čelan, D., Lonzarič, D., Žigon, T. idr. (2002). Fizikalna in rehabilitacijska medicina: skripta za interno uporabo. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
14. Turk, Z., Jesenšek Papež, B. in Turk, E. (2008). Specifičnost rehabilitacije starostnikov. Zdrav Vestn, 77, 833–838.

## Nefiziološki položaji starejših oseb pri izvajanju hišnih opravil

UDC 612.766:64-053.9

**KLJUČNE BESEDE:** hišna opravila, starostniki, nefiziološki položaji, metoda OWAS

**POVZETEK** - Izvajanje hišnih opravil pri starejših predstavlja njihovo okupacijsko identiteto, prinaša jim smisel, vlogo in zadovoljstvo z življenjem. Fiziološki položaji, ustrezni vzorci gibanja in ergonomsko okolje omogočajo varno izvedbo aktivnosti. V študiji smo ugotavljali, katere aktivnosti se izvajajo v nefizioloških položajih in predstavljajo nevarnost/ tveganje za nastanek poškodbe. V raziskavi je sodelovalo 196 oseb, starih 65 in več let, pri izvajanju enajstih hišnih opravil v njihovem domačem okolju. Uporabljeni sta bili modificirana metoda OVACO Working Postures Analysing System in opisna ocenjevalna lestvica od 1 do 5. Ugotovili smo, da večina starejših oseb največkrat izvaja hišna opravila neergonomsko in pogosto nevarno. Obežanje perila je bilo najslabše ocenjeno, kar pomeni, da se izvaja v nefizioloških položajih v več telesnih segmentih. Varnost in kakovost življenja starejših lahko ohranjamo s poučevanjem in prikazom pravilne izvedbe aktivnosti. S tem prispevamo k samostojnosti starejših v njihovem domačem okolju.

UDC 612.766:64-053.9

**KEY WORDS:** housework, elderly people, non-physiological positions, modified OWAS method

**ABSTRACT** - Elderly people's engagement in housework represents their occupational identity, meaning, roles and life satisfaction. Physiological positions, corresponding movement patterns and ergonomic environment enable safe performance of activities. The aim of the study was to determine which activities are performed in the non-physiological positions and represent a risk for injuries. The study involved 196 people aged 65 years and over, engaged in eleven housework activities in their home environment. The method of OVACO Working Postures Analysing System was used together with the descriptive grading scale from 1 to 5. The results showed that elderly people often carry out housework activities in a non-ergonomical and unsafe way. 'Hanging the laundry' activity had the lowest score which means it is being performed by using non-physiological positions in several body segments. Elderly people's safety and quality of life can be maintained by educating them about how to perform activities in a correct and safe manner. This can contribute to their independence in their home environment.

### 1 Izhodišča

Ergonomija v najširšem pomenu besede pomeni oblikovanje takšnega okolja in priporočkov, ki omogočajo učinkovito izvedbo aktivnosti v naravnih položajih (Bilban, 2005; Gomzi, 2002; Sušnik, 1987). Ergonomija je znanstvena disciplina, katere glavni raziskovalni predmet je človeško telo. Z drugimi besedami bi jo lahko poimenovali tudi kot nauk o človeškem delu, ki raziskuje sposobnosti in posebnosti človeškega organizma z namenom, da odkrije najbolj naravno držo človeka pri delu (Brejc, 2004). Prinaša pomembna spoznanja tudi v domače okolje in s svojim vedenjem preprečuje tako utrujenost kot bolečine ali celo potencialne nevarnosti (Polajnar in Verhovnik, 2007; Pheasant, 1991; Bilban, 1999). Ta spoznanja so še posebej pomembna pri starejših. Izvedba hišnih opravil je pri njih pogosteje povezana s težavami, ki posledično izhajajo iz fizioloških sprememb zaradi procesov staranja. Mejna starost, pri kateri govorimo, da nastopajo značilne starostne spremembe: upočasnitev procesov in posledično

zmanjšano delovanje različnih organskih sistemov, je 65 let (Ebersole, Hess, Touhy in Jett, 2005; Savič, Zurc, in Hvalič, 2010).

Hišna opravila (čiščenje, skrb za oblačila, priprava obrokov ...) po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije sodijo med tako imenovane instrumentalne/širše dnevne aktivnosti (IVZRS, IRSR, 2006). Ameriško združenje delovnih terapevtov jih uvršča med širše dnevne aktivnosti kot aktivnosti urejanja in upravljanja doma, priprave obrokov in čiščenja (AOTA, 2002). Njihovo samostojno izvajanje je pomembno za delovanje posameznika v njegovem življenjskem okolju.

Izvajanje hišnih opravil vključuje pomembne vloge, vrednote, osebo osmišlja in izpolnjuje. Predvsem pa predstavlja številne rutine, ki pomembno tvorijo dnevno strukturo ter ohranjajo okupacijsko identiteto in delovanje. Za posameznika pridobijo smisel ter prispevajo h kakovosti življenja in splošnemu občutku dobrega počutja (Yerxa, 1998).

Tudi Domajnko in Pahor (2009) ugotavljata, da starejši opravljajo koristna opravila (gospodinjska opravila, varovanje vnukov, skrb za sosesko), ki jim dajejo zadovoljstvo in občutek kakovosti življenja.

Številne raziskave tako doma kot v tujini poročajo o težavah, ki spremljajo starejše pri delovanju v domačem okolju. V raziskavi, ki so jo leta 2006 opravili Lebar, Tomšič in Ficko v Ljubljani, se je izkazalo, da ima med 80 starejšimi kar 72 oseb težave pri pranju in 78 pri čiščenju.

V večini primerov so starejši izjavili, da tega ne izvajajo, a pogosto izražajo željo po tem, da bi to naredili (Lipar, 2012). Dejavniki težav izhajajo iz osebe same in iz okolja. Pomen dejavnikov okolja za izvedbo aktivnosti sta raziskovali Ocepek in Pihlar (2013), ki na osnovi pregleda literature ugotavljata, da prilagoditve okolja vplivajo na samostojnost in varnost pri izvajanju dnevnih aktivnosti, kar posledično zmanjša nevarnost padcev in zviša kakovost življenja starejših.

## 2 Namen raziskave

Namen raziskave je bil z ocenjevalnim instrumentom prikazati najznačilnejše položaje telesnih segmentov starejših oseb pri izvajanju hišnih opravil v njihovem domačem okolju. Zanimalo nas je, ali pri izvajanju omenjenih opravil prihaja do odstopanj od fizioloških položajev izvedbe aktivnosti.

V študiji smo ugotavljali, katere aktivnosti se izvajajo v nefizioloških položajih in nevarno oziroma tvegano za nastanek poškodbe. Ugotavljali smo katero aktivnost starejši izvajajo v najbolj fizioloških položajih in predstavlja najmanjše tveganje za nevarnost poškodbe.

Izhajajoč iz študije na manjšem vzorcu starejših smo predpostavljali, da bo pranje v pomivalnem koritu, ocenjeno z najnižjo oceno odstopanj od fizioloških položajev telesa.

### 3 Metodologija

#### 3.1 Udeleženci raziskave

Udeleženci so bili naključno izbrani starejši (nad 65 let), ki živijo v domačem okolju in so samostojni pri opravljanju hišnih opravil. V novembru 2014 smo naredili analizo izvajanja enajstih hišnih opravil pri starejših osebah. V analizi smo upoštevali rezultate 196 udeležencev raziskave, povprečna starost pa je bila  $71,39 \pm 5,67$ . Podrobni podatki so opisani v tabeli 3.

#### 3.2 Metode dela

Za opazovanje izvajanja aktivnosti sta bili uporabljeni metoda OWAS (OVACO Working Postures Analysing System) (Karhu, Härkönen, Sorvali, in Vepsäläinen, 1977), ki je doživljala svoj razvoj in modifikacije (Karhu idr., 1981; Stoffert, 1985; Sušnik, 1987; Louhevaara in Suurnäkki, 1992), in opisna ocenjevalna lestvica od 1 do 5. Ocena 1 pomeni izvedbo aktivnosti v fizioloških položajih, 5 pa največ odstopanj od fizioloških položajev telesa in nevarno izvajanje.

Vmesne ocene 2, 3 in 4 predstavljajo kriterije za večje število odstopanj od naravnih položajev telesa pri izvajanju hišnih opravil. Ocena 5 pri določenih hišnih opravilih (obešanje perila, čiščenje oken, uporaba pomivalnega in pralnega stroja, zlaganje stvari na visoke police) predstavlja potencialno nevarnost za padec. Primer obeh metod opazovanja je prikazan v tabeli 1 (za aktivnosti obešanje perila in likanja) in tabeli 2 (za aktivnosti sesanje in pranje v pomivalnem koritu).

Uporaba obeh ocenjevalnih inštrumentov je zagotavljala verodostojnost rezultatov raziskave. Primeri neujemanja rezultatov iz obeh metod so bili izločeni. Opisna metoda ocenjevanja se je v treh letih modificirala in nadgrajevala.

*Slika 1:* Prikaz obrazca modificirane metode OWAS za primer obešanja perila in likanja

SEGMENT	TORAKOLUMB. HRBTENICA				ZGORNJA UDA				ROKI			SPODNJA UDA						
	1,1	1,2	1,3	1,4	2,1	2,2	2,3	2,4	3,1	3,2	3,3	4,1	4,2	4,3	4,4	4,5	4,6	4,7
stabilnost																		
obešanje perila																		
likanje																		

Rezultati so bili statistično obdelani s programom SPSS Statistics 23. Izračunali smo povprečne ocene izvedbe posameznih aktivnosti in frekvenco najpogostejše ocene izvedbe. Povezanost izvedbe aktivnosti pranje v pomivalnem koritu z izvedbo drugih aktivnosti smo preverjali s Chi kvadrat. Vpliv starosti na oceno izvedbe posamezne aktivnosti smo preverjali z regresijskim koeficientom.

*Tabela 1:* Opisna ocena načina izvajanja aktivnosti, primer aktivnosti sesanje in pranje v pomivalnem koritu

Označite na kakšen način oseba najbolj pogosto izvaja aktivnost – <i>sesanje</i>	1) Oseba hodi, medenica v naravnem položaju, torakolum. hrbtenica vzravnana, nadlakti ob telesu, glava (vratni del) vzravnana	2) Oseba hodi, medenica v naravnem položaju, torakolum. hrbtenica vzravnana, nadlakti stran od telesa, glava (vratni del) vzravnana	3) Oseba hodi, medenica v naravnem položaju, torakolum. hrbtenica vzravnana, nadlakti stran od telesa, glava (vratni del) upognjena	4) Oseba hodi, medenica v naravnem položaju, torakolum. hrbtenica upognjena, nadlakti stran od telesa, glava (vratni del) upognjena	5) Oseba hodi, suva medenico naprej, torakolum. hrbtenica upognjena-premikanje, nadlakti stran od telesa, glava (vratni del) upognjena
Označite na kakšen način oseba najbolj pogosto izvaja aktivnost – <i>pranje v pomivalnem koritu</i>	1) Oseba stoji, medenica v naravnem položaju, torakolumb. hrbtenica vzravnana, nadlakti ob telesu, glava (vratni del) rahlo upognjen naprej do vzravnani, korito na ustrezni višini	2) Oseba stoji, medenica v naravnem položaju, torakolumb. hrbtenica upognjena, nadlakti stran od telesa, glava (vratni del) upognjena, korito na ustrezni višini	3) Oseba stoji, medenica v naravnem položaju, torakolumb. hrbtenica upognjena, nadlakti stran od telesa, glava (vratni del) upognjena, korito ni ustrezno	4) Oseba stoji, medenica ni v naravnem položaju, torakolumb. hrbtenica upognjena, nadlakti stran od telesa, glava (vratni del) upognjena,, korito ni na ustrezni višini	5) Oseba stoji, medenica ni v naravnem položaju, torakolumb. hrbtenica upognjena in se premika, nadlakti stran od telesa, glava (vratni del) upognjena, korito ni na ustrezni višini in ni na dosegu rok

## 4 Rezultati

Udeležence smo razdelili v tri starostne razrede: 65–74 let, 75–84 let in nad 85 let. V tabeli 2 so razdeljeni glede na starost in spol.

*Tabela 2:* Razdelitev udeležencev raziskave glede na starost in spol

<i>Starost (v letih)</i>	<i>Ženska</i>	<i>Moški</i>	<i>Neoznačeni</i>	<i>Skupaj</i>
65–74	93	52	2	147
75–84	28	14	1	43
> 85	4	2		6
Skupaj	125	68	3	196

Največ starejših udeležencev je starih od 65 do 74 let ( $N = 147$ ), šest je starih več kot 85 let. V raziskavi je sodelovalo dvakrat več žensk kot moških, trije spola niso označili.

Porazdelitev rezultatov izvedbe vseh aktivnosti je bila po preverjanju s koeficientoma Skewness in Kurtosis normalna. V tabeli 3 so predstavljene povprečne vrednosti in najpogostejše ocene izvedbe posamezne aktivnosti.

**Tabela 3:** Ocene izvedbe aktivnosti (1: fiziološki položaj; 5: največ odstopanj od fiziološkega položaja z dejavniki nevarnosti;) udeležencev raziskave (N = 196)

<i>Aktivnost</i>	<i>Povprečna vrednost ocene</i>	<i>Najpogostejša ocena pri izvedbi</i>	<i>Frekvenca najpogostejše ocene</i>	<i>Število ocen</i>
Obešanje perila	3,04	4	70 (42,9 %)	163
Sesanje	3,51	4	91 (51,1 %)	178
Pomivanje tal	2,69	2	80 (47,9 %)	167
Čiščenje oken	2,84	3	52 (34,4 %)	151
Pranje v pomivalnem koritu	1,99	2	84 (44,9 %)	187
Uporaba pomivalnega stroja	3,26	3	52 (52,5 %)	99
Uporaba pralnega stroja	3,14	3	77 (46,7 %)	165
Likanje	2,42	1	49 (35,3 %)	139
Uporaba višje ležečih polic	2,87	3	67 (36,8 %)	182
Uporaba nižje ležečih polic	2,94	3	29 (30,9 %)	94
Postiljanje	2,82	3	64 (36,4 %)	176

Število ocen izvedbe posamezne aktivnosti je nižje od števila udeležencev v raziskavi, ker sodelujoči ne izvajajo vseh aktivnosti. Ocena 4 se je največkrat uporabila pri obešanju perila in sesanju in predstavlja izvedbo v nefizioloških telesnih položajih v več segmentih. Največkrat se fiziološki položaji telesa pojavljajo pri izvedbi likanja (ocena 1). Največ udeležencev izvaja aktivnost pomivanja posode v pomivalnem koritu (N = 187). Ocena izvedbe pomivanja posode v pomivalnem koritu je dosegla najnižjo povprečno vrednost (1,99), kar pomeni, da je odstopanje od fizioloških položajev telesa pri izvedbi najmanjše.

V tabeli 4 je prikazana povezanost izvedbe različnih aktivnosti z izvedbo aktivnosti pomivanje posode v koritu.

**Tabela 4:** Povezanost izvedbe aktivnosti pranje v pomivalnem koritu z izvedbo ostalih aktivnosti

<i>Posamezne aktivnosti</i>	<i>Chi kvadrat</i>	<i>p-vrednost</i>
obešanje perila	19,171	0,260
sesanje	30,026	0,018 *
pomivanje tal	27,773	0,034 *
čiščenje oken	15,272	0,505
uporaba pomivalnega stroja	7,115	0,850
uporaba pralnega stroja	26,471	0,048 *
likanje	56,580	0,000 **
uporaba višje ležečih polic	16,256	0,435
uporaba nižje ležečih polic	13,773	0,315
postiljanje	26,728	0,045 *

Legenda: \* – statistično značilna razlika  $p < 0,05$

\*\* – statistično značilna razlika  $p < 0,001$

Povezanost izvedbe aktivnosti pranje v koritu se je izkazala kot statistično značilna z izvajanjem aktivnosti sesanje, pomivanje tal, uporaba pralnega stroja, likanje in postiljanje postelje. Statistično najmočnejša povezanost se je izkazala po preverjanju s

Pearsonovim koeficientom korelacije med pranjem v pomivalnem koritu z likanjem, sesanjem in uporabo pralnega stroja ( $p < 0.001$ ).

Vpliv starosti na izvedbo posamezne aktivnosti se je izkazal kot statistično značilen pri dveh aktivnostih, kar je razvidno iz tabele 5.

*Tabela 5: Vpliv starosti udeležencev na izvedbo posamezne aktivnosti.*

<i>Aktivnost</i>	<i>Regresijski koeficient (F)</i>	<i>p-vrednost</i>
pomivanje tal	5,458	0,021 *
likanje	4,961	0,028 *

Legenda:\* – statistično značilna razlika  $p < 0,05$

Vpliv starosti na izvedbo posamezne aktivnosti se je izkazal kot statistično značilen le pri dveh aktivnostih pomivanje tal in likanju, kar pomeni da je bila ocena izvedbe aktivnosti višja, to pa pomeni več odstopanj od fizioloških položajev telesa.

## 6 Razprava

Pranje v pomivalnem koritu ima najnižjo povprečno vrednost (1,99) in je največkrat ocenjeno z oceno 2, pri 84 udeležencih (45 %), ki aktivnost izvajajo. Izvedba pri 57 udeležencih, (30 % vseh, ki izvaja to aktivnost), je bila ocenjena z ocena 1. Pranje v pomivalnem koritu poteka v položajih z najmanjšim številom odstopanj. Odstopanja so predvsem v odročenem položaju obeh rok pod višino ramen, (tabela 1; položaj 2.2) in s pripogibom hrbtenice za več kot 15°. Le pri 8 udeležencih (N = 196) se spremeni položaj medenice, kar je v opisni oceni označeno z oceno 4, ki je pri tej aktivnosti zabeležena najmanjkrat (8-krat), medtem ko je z oceno 5 ocenjen le en udeleženec.

Frekvenca ocene 2 je visoka tudi pri pomivanju tal (47 %) vseh, ki aktivnost izvajajo. Udeleženci največkrat pomivajo tla stoje, kar odraža uporabo ustreznega pripomočka in izbiro fizioloških položajev v večini delov telesa.

Čiščenje oken, uporaba pomivalnega stroja, pralnega stroja, uporaba višje in nižje ležečih polic in postiljanje je bilo najpogosteje ocenjeno z oceno 3, aktivnosti obešanje perila in sesanje pa z oceno 4. To pomeni, da starejši kar osem aktivnosti od enajstih hišnih opravil izvajajo z odstopanji v več telesnih segmentih. Najpogosteje prihaja do odstopanj v predelih hrbtenice, zgornjih udih, glavi oziroma vratu. Pri aktivnostih uporaba pralnega stroja in uporaba nižje ležečih polic prihaja tudi do neustrezne obremenitve spodnjih okončin.

Likanje je edina aktivnost, kjer je imela ocena položajev 1 najvišjo frekvenco (35,2 %) vseh, ki aktivnost izvajajo. Likanje najpogosteje poteka v fizioloških položajih, pri čemer je upoštevano tudi likanje sede, ki je navedeno pri oceni 1 in 2. Likanje je ena od aktivnosti, ki je v nekaterih raziskavah ključna za vlogo gospodinje, ohranjanje te vloge pa rezultati raziskav navajajo kot osebam pomembno (Oakley, 1975; Leskovšek, 2002). Avtorici ugotavljata, da tako v domačem kot v delovnem okolju pri likanju prihaja do nefizioloških oz. popolnoma neustreznih položajev predvsem v segmentu torakolumbalne hrbtenice (Plemelj in Kacjan, 2011).

Fiziološki položaji izvedbe se najmanjkrat pojavijo pri uporabi pomivalnega stroja (ocena 1 le enkrat), pri čemer je treba dodati, da pomivalni stroj uporablja le 99 (polovica udeležencev). Pralni stroj uporablja 165 udeležencev (N = 196) in le 3 udeleženci so bili ocenjeni z oceno 1, kar pomeni da je pomivalni ali pralni stroj dvignjen od tal vsaj za 40 cm. Kar 31 (18 %) udeležencev, ki uporablja pralni stroj, izvedbo ocenjuje z oceno 4, ki je povezana z nefiziološkimi položaji v vseh segmentih, z oceno 5, ki predstavlja nevarno izvedbo, pa 17 (10 %) udeležencev.

Sesanje ima najvišjo povprečno oceno izvedbe (3,51), kar predstavlja veliko odstopanj od fizioloških položajev in nepravilen vzorec izvedbe. Ocena izvedbe sesanja 4 je največkrat povezana z nefiziološkimi položaji zaradi neergonomsko oblikovanega sesalca ali nepravilnega načina izvajanja. Na izvedbo sesanja v nefizioloških položajih v torakolumbalni hrbtenici vpliva sam sesalec z neustrezno dolžino cevi, medtem ko je nefiziološki položaj zgornjih udov in cervikalne hrbtenice povezan z nepravilnim vzorcem izvedbe, kar je prikazano na sliki 2. Slika 3 predstavlja sesanje v bolj fizioloških položajih telesa, vendar je nevarno nameščena gibljiva cev.

Slika 2: Sesanje, neustrezna izvedba





Slika 3: Sesanje, ustrežnejša izvedba



Sesanje je pri sodelujočih starejših največkrat izkazalo nefiziološke položaje po modificirani metodi OWAS: v torakolumbalni hrbtenici (položaja 1.2 in 1.4), zgornjih udih (položaja 2.2 in 2.3) in cervikalni hrbtenici (5.4), kar je povezano z neustreznim vzorcem izvedbe.

Na neustrezno izvedbo določenih aktivnosti izrazito vplivajo neustrezno oblikovano okolje (višina pomivalnega in pralnega stroja) in neergonomski pripomočki (neergonomsko oblikovan sesalec). Zanimivo je, da se je vpliv starosti na oceno izvedbe aktivnosti izkazal kot statistično značilen le pri pomivanju tal in likanju, kar bi lahko interpretirali z značilnimi položaji izvajanja aktivnosti, ki se v življenju pojavljajo tako pri odraslih kot pri starejših.

Pri obešanju perila se najpogostejša ocena izvedbe 4, navezuje na obešanje perila na višini. Ta se pojavlja skoraj pri polovici udeležencev, 70 (43 %) vseh, ki aktivnost izvajajo. Zanimivo je, da so nefiziološki položaji v vseh segmentih telesa pri obešanju perila izključno povezani z izbiro načina izvedbe aktivnosti: obešanje na višini, kar pogosto predstavlja nevarnost.

## 7 Zaključek

Za ustrezno izvedbo aktivnosti poučevanje o fizioloških položajih (npr. vzravnan hrbtenica, pravilno dvigovanje bremena) ni dovolj, nujno je prilagajanje okolja in pripomočkov. Delovni terapevt zna analizirati in prilagoditi okolje tako, da bo starejšemu v podporo pri izvedbi njemu pomembnih aktivnosti. Ocepek in Pihler (2013) v svoji raziskavi opozarjata, da ustrezno oblikovano okolje in njegovo prilagajanje dvigujeta kakovost življenja oseb z različnimi okvarami. Starejšim bi svetovali da pralni stroj (in pomivalni, kar je težje zaradi delovne površine na njem) dvignejo od tal toliko, da se jim pri delu ni potrebno sklanjati in da je izvedba v višini vidnega polja. Opozorili bi jih na »prepovedan položaj hrbtenice« in na pojav tega položaja pri izvajanju hišnih opravil (uporaba pomivalnega stroja, postiljanje, uporaba nižje ležečih polic).

Raziskava je izkazala pomanjkljivosti pri časovnem dejavniku, npr. kolikokrat sodelujoči izvajajo določeno aktivnost in ali pri tem občutijo prisotnost bolečine. Prav tako pri številu ocen izvedbe ne vemo ali aktivnost ne izvajajo ali je ne zmorejo izvajati. V raziskavi manjka preverjanje povezanosti med neustreznimi pripomočki, neustrezno oblikovanim okoljem z oceno izvedbe. Z nadaljnjim raziskovanjem bomo te pomanjkljivosti odpravili.

## LITERATURA

1. AOTA – American Occupational Therapy Assotiation (2002). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process, *Am J Occup Ther*, 56, 609–639.
2. Bilban, M. (1999). *Medicina dela*. Ljubljana: Zavod za varstvo pri delu.
3. Bilban, M. (2005). *Medicina dela za študente tehniške varnosti*. Ljubljana: Zavod za varstvo pri delu.
4. Brejc, M. (2004). *Ljudje in organizacija v javni upravi*. Ljubljana: Fakulteta za upravo, Univerza v Ljubljani.
5. Domajnko, B. in Pahor, M. (2009). Doživljanje staranja v povezavi z zdravjem in aktivnostjo. V: Rugelj, D. in Sevšek, F. (ur.), *Zbornik predavanj. Raziskovalni dan zdravstvene fakultete* (str. 1–13). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
6. Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T. and Jett, K. (2005). *Gerontological Nursing and Healthy Aging*, 2nd ed. Saint Louis: Mosby Elsevier.
7. Gomzi, M. (2002). Ergonomija i medicina rada. V M. Šarić in E. Žuškin (ur), *Medicina rada i okoliša* (str. 88–104). Zagreb: Medicinska naklada Zagreb.
8. Karhu, O., Härkönen, R., Sorvali, P. and Vepsäläinen, P. (1981). Observing working postures in industry. Examples of OWAS application, *Applied Ergonomics*, 12 (1), 13–17.
9. Karhu, O., Kansu, P. and Kuorinka, I. (1977). Correcting working postures in industry. A practical method for analysis, *Applied Ergonomics*, 8 (4), 199–201.
10. Lebar, C., Tomšič, M. in Ficzkó, J. (2006). Problemi starostnika pri izvajanju dnevnih aktivnosti v domačem okolju. V *Posvetovanje: Celostna obravnava starostnikov* (str. 29–38). Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo,
11. Leskovšek, V. (2002). *Zavrnjena tradicija. Ženske in ženskost v slovenski zgodovini od 1890 do 1940*. Ljubljana: \*cf.
12. Lipar, T. (2012). Družinska oskrba v Kanadi, *Kakovostna starost, Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje*, 15 (3).

13. Louhevaara, V. in Suurnäkki, T. (1992). OWAS: A method for the evaluation of postural load during work (pp. 1–23). Helsinki: Institute of Occupational Health, Centre for Occupational Safety.
14. Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (2006). Ljubljana: IVZ RS in IRSR.
15. Oakley, A. (1975). *Sociology of Housework*. Second Printing edition. New York: Pantheon Books.
16. Ocepek, J. in Pihlar, Z. (2013). Ocenjevanje okolja in dokazi o vplivu prilagoditev domačega okolja na kakovost življenja ljudi z različnimi okvarami. *Rehabilitacija*, 12 (1), 45–51.
17. Pheasant, S. (1991). *Ergonomics, work and health*. London: MacMillan Press, 3–23.
18. Plemelj Mohorič, A. in Kacjan Žgajnar, K. (2011). Pomen ergonomskih položajev pri likanju. V A. Brezovec in J. Mekinc (ur.), *Management, izobraževanje in turizem: solidarnost za socialni kapital* (str. 1386–1394). Portorož: Turistica, Fakulteta za turistične študije.
19. Polajnar, A. in Verhovnik, V. (2007). Oblikovanje dela in delovnih mest za delo v praksi (str. 1–2). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za strojništvo.
20. Savič, S. B., Zorc, J. in Hvalič Touzery, S. (2010). Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzor Zdr N*, 44 (2), 89–100.
21. Stoffert, G. (1985). Analyse und Einstufung von Körperhaltungen bei Arbeit nach der OWAS-Methode. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 39 (1), 31–38.
22. Sušnik J (1987). *Položaj in gibanje telesa pri delu*. Ljubljana: Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo v okviru zbirke Knjižnica UZZSV.
23. Yerxa, E. J. (1998). Health and the human spirit for occupation. *Am J Occup Ther*, 52 (6), 412–418.

Dr. Jože Podgoršek, Meta Vidiček, mag. Ljiljana Leskovic, Andreja Draginc,  
dr. Vladka Lešer

# Mladi in poznavanje tveganja pri rokovanju s hrano

UDK 641/642-053.6

**KLJUČNE BESEDE:** varna hrana, srednješolci, higiena, živila, lokalna pridelava, hrana, plesni

**POVZETEK** - Varna hrana in lokalno pridelana hrana sta dve od strateških usmeritev Slovenije na področju prehrane. Okužbe in zastrupitve z živilni namreč še vedno predstavljajo velik javnozdravstveni problem tudi v Sloveniji. Poznavanje in upoštevanje preventivnih ukrepov pri ravnanju z živilni je eden od ključnih dejavnikov njihovega preprečevanja. Namen raziskave je bil ugotoviti, koliko srednješolci upoštevajo načela varnega rokovanja z živilni in ali kupujejo lokalno pridelana/predelana živila. Kot instrument je bil uporabljen namensko razvit vprašalnik. Anketiranih je bilo 305 srednješolcev (starost od 13 do 24 let). Rezultati raziskave so pokazali, da mladi slabo upoštevajo priporočila za varno ravnanje z živilni, čeprav so v času srednješolskega izobraževanja seznanjeni s tveganji. Predlagamo več izobraževanja na to temo, informiranje preko medijev in učnih delavnic. Več vsebin s tega področja bi morali vključiti tudi v redni učni proces. Stanje na področju uporabe lokalno pridelane hrane je spodbudno, saj večina srednješolcev uživa lokalno pridelana živila (doma pridelana in/ali kupljena).

UDC 641/642-053.6

**KEY WORDS:** food safety, high school students, food hygiene, locally produced food, handling mouldy food items

**ABSTRACT** - Safe food and locally produced food are two of the strategic directions of Slovenia in the field of food and nutrition. Infections and poisoning with foodstuff represents a large public health problem. One of the key factors of their prevention is knowledge of and adherence to preventive measures when handling food. The purpose of research was to establish the extent to which the high school students consider the principles of safe food handling and whether they purchase locally produced/processed food. The instrument has been a specially developed questionnaire. 305 high school students were surveyed (from 13 to 24 years of age). The results of our research indicated that young people follow the recommendations for safe handling of food poorly, despite the fact that they are familiar with risks during their high-school education. To improve the awareness of risks of food handling, we propose more education concerning the subject, obtaining information through the media, workshops, perhaps even education within a regular teaching process. However, the situation in the area of consuming locally grown food is encouraging, since the high school students mostly eat locally produced (homegrown or bought) food.

## 1 Teoretična izhodišča

Varna hrana je vsaka hrana, ki ne predstavlja tveganja za človekovo zdravje, če je pripravljena oziroma zaužita za predviden namen in v njem dovoljene količine aditivov in onesnaževal niso presežene (Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike, 2005). Tveganja pri živilih se delijo v tri skupine: mikrobiološka, kemična in fizična, med katerimi mikrobiološka tveganja lahko prizadenejo večjo skupino ljudi, saj se pri potovanju v živilski verigi mikroorganizmi lahko še dodatno namnožijo (Ferk, 2010). Pod okužbe s hrano oz. črevesne bolezni pojmujeemo bolezni, ki jih povzročajo mikroorganizmi ali toksini, ki vstopijo v telo z zaužitjem hrane. Pri posamezniku, ki ima črevesno nalezljivo bolezen se pojavijo prebavne težave zaradi vnetja prebavil. Pojavi

se lahko slabost, bruhanje, krči v trebuhu, povišana telesna temperatura, driska. Oseba je lahko izčrpana, obstaja tudi tveganje dehidracije zaradi izgube tekočine v telesu. Pri lažjih oblikah so ti pojavi bolj blagi ali jih celo ni opaziti. Te bolezni so lahko nevarne predvsem za kronične bolnike, starejše osebe, dojenčke, otroke in nosečnice (Grilc, Frelih, Praprotnik in Steiner Rihtar, 2014). Zaradi navedena je zelo pomembno, da vsi poznajo in upoštevajo načela preprečevanja okužb s hrano.

Od nakupa živil pa do same priprave obroka in zaužitja je odgovornost na vsakem posamezniku, da skrbi za ustrezno rokovanje s hrano, ki ne predstavlja tveganja za zdravje. To vključuje primerno shranjevanje živil od nakupa naprej, ustrezen transport od trgovine do doma, primerno rokovanje z živili pri pripravi obroka, ustrezno higieno posameznika v širšem smislu, upoštevanje in kontrolo delovanja naprav, kjer se shranjuje, predeluje in pripravljajo živila oziroma hrana, čiščenje prostorov in površin, kjer se rokuje s hrano, upoštevanje datuma uporabnosti živil, čas priprave hrane, ustrezno ločevanje živil, itd. Zelo pomembno vlogo imajo tudi označevanje živil in navodila za uporabo ter opozorila za posamezne skupine ljudi. Delovni postopki, ki predstavljajo visoko tveganje za okužbo so nepravilni postopki ohlajevanja, prezgodnja priprava hrane glede na potrežbo, uporaba delovne površine za surove in gotove jedi hkrati, priprava velikih količin živil naenkrat, improvizirana priprava jedi, uporaba ostankov hrane, ohlajevanje velikih količin živil naenkrat, stik z živili brez predhodnega umivanja rok, neustrezen transport živil, serviranje občutljivim skupinam ljudi (Pollak, 2002, str. 38, v Ferk, 2010).

V vsakdanjem življenju se s poznavanjem preventivnih ukrepov za zagotavljanje varnosti živil, ki jih opredeljuje Zakon o nalezljivih boleznih (2006) in predpisi (Pravilnik o zdravstvenih zahtevah za osebe, ki pri delu v proizvodnji in prometu z živili prihajajo v stik z živili ter drugi pravilniki in odredbe (Varstvo pred nalezljivimi boleznimi, 2015)), po večini srečamo v industrijskih živilskih obratih, trgovinah z živili, gostinskih obratih ter javnih zavodih, kjer pripravljajo hrano. Čeprav se s pripravo in rokovanjem hrane srečuje vsak posameznik tudi doma, pa se veliko ljudi ne zaveda, kakšna so lahko tveganja ob neupoštevanju preventivnih ukrepov pri rokovanju z živili. V Sloveniji je še vedno veliko okužb in zastрупitev nastalih zaradi nepravilnega ravnanja s hrano (Frelih, Hojs, Grilc in Praprotnik, 2014). Zato je ključnega pomena informiranje ljudi na tem področju, predvsem je dobro, da so že mladi poučeni o preventivnih ukrepih na tem področju.

Potrebo po izobraževanju mladih so pokazale tudi mnoge raziskave izvedene v tujini. Med študenti je poznavanje in upoštevanje ukrepov preprečevanja okužb s hrano slabo. Boljše znanje so pokazale ženske ter študenti, ki so poslušali predmete povezane z zdravstvom ali prehrano (Hassana in Dimassi, 2014; Lazou, Georgiadis, Pentieva, McKevitt in Iossifidou, 2012; Osaili, Obeidat, Abo Jamous in Bawadi, 2011; Yasmin, Huseyin in Isil, 2013). Raziskava opravljena med dijaki v Maleziji je sicer pokazala dobro znanje o varnosti hrane in tudi visoko upoštevanje načel v praksi (Norazmir, Noor Hasyimah, Siti Shafurah, Siti Sabariah, Ajau in Norazlanshah, (2012).

Eden od strateških ciljev Slovenije na področju prehrane je zagotavljati varno in zdravju koristno hrano s poudarkom na lokalno-trajnostni oskrbi in samooskrbi. Lo-

kalno pridelana živila so sezonsko dostopnejša, imajo prednost v kakovosti saj imata sadje in zelenjava več vitaminov in posledično višjo hranilno vrednost, hkrati pa zagotavljajo preživetje slovenskemu kmetu in delavcu v živilsko predelovalni industriji. Zaradi krajših poti transporta je lokalno trajnostna oskrba s hrano pomembna tudi iz vidika vpliva na okolje (zmanjšanje emisij) in manjše porabe energijskih virov, vpliva pa tudi na urejenost in obdelanost podeželja. Uporaba lokalno pridelanih živil bi tako omogočila izboljšanje prehranskih navad prebivalcev Slovenije v smeri porabe kakovostnejših in zdravju naklonjenih živil (Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje, 2015). Uživanje lokalno pridelane hrane mora tako postati vrednota. Z vzgajanjem je potrebno začeti že v vrtcu in nadaljevati skozi vsa življenjska obdobja.

Namen raziskave je bil ugotoviti, v kakšni meri srednješolci upoštevajo načela varnega rokovanja z živilom ter koliko jih v svoji prehrani uporablja lokalno pridelana živila. Želeli smo ugotoviti, na katerih področjih bo potrebno dodatno izobraževanje mladih o navedenih temah.

## 2 Metodologija

Za raziskavo je bila uporabljena deskriptivna metoda dela. Kot raziskovalni instrument smo uporabili namensko razvit anketni vprašalnik, ki je bil sestavljen iz treh vprašanj demografskega tipa ter 30 vprašanj tematskega tipa. 28 vprašanj je bilo zaprtega tipa, 4 vprašanja odprtega tipa in eno vprašanje polodprtega tipa. Prvi sklop vprašanj se je nanašal na demografske podatke. Drugi sklop se je nanašal na upoštevanje priporočil o varnem ravnanju z živilom (vprašanja so bila prirejena po Hoyer, Jevšnik in Raspor (2007) ter povzeta po Zagorc in Lešer (2014)). Tretji sklop se je nanašal na ravnanje anketirancev s plesnivimi živilom ter četrti sklop na pogostost kupovanja lokalno pridelane/predelane hrane.

V raziskavo je bilo vključenih 305 srednješolcev zavoda Grm Novo mesto – center biotehnike in turizma od 1. letnika do 5. letnika, starosti od 13 do 24 let. Sodelovanje v anketi je bilo prostovoljno. Zagotovljena jim je bila popolna anonimnost. Raziskava je bila izvedena junija 2015. Anketni vprašalnik so dijaki izpolnjevali doma. Podatki so bili obdelani z opisno statistiko s programom Microsoft Office Excel.

## 3 Rezultati

Od 305 sodelujočih anketirancev je bilo 178 žensk (58,4 %), 126 moških (41,3 %), ena oseba (0,3 %) ni izpolnila podatka o spolu. Največ anketirancev (92; 30,2 %) je bilo iz 2. letnika srednje šole. 77 anketirancev (25,2 %) jih je bilo iz 1. letnika srednje šole. 48 anketirancev (15,7 %) je bilo iz 3. letnika in 42 (13,8 %) anketirancev iz 4. letnika srednje šole. Takih, ki niso podali podatka glede letnika je bilo 37 (12,1 %). Iz 5. letnika je reševalo anketo le 9 dijakov (3,0 %).

Starost sodelujočih dijakov je bila od 13 let do 24 let. Največ dijakov je bilo starosti 16 let (82 dijakov oz. 26,9 %), zatem 79 dijakov (25,9 %) starosti 17 let, 66 dijakov (21,6 %) starosti 18 let, 34 dijakov (11,1 %) starosti 15 let in 28 dijakov (9,2 %) starosti 19 let. Pri ostalih starostih je bil delež manjši od 3 %.

V tabeli 1 so podani odgovori anketirancev vezani na upoštevanje priporočil o varnem ravnanju z živili.

Tabela 1: Strinjanje s trditvami (v %) o varnem shranjevanju in pripravi živil

<i>Trditev</i>	<i>Drži</i>	<i>Delno drži, delno ne drži</i>	<i>Ne drži</i>
Surovo meso perutnine shranjujem ločeno od ostalih vrst svežega mesa.	46,6	26,9	25,2
Med pripravo jedi deske za surova živila ločujem od desk za kuhana živila.	42,3	31,1	25,2
Najprej v koritu operem solato in nato meso.	31,1	37,4	30,2
Sproti ločujem čiste kuhinjske krpe od uporabljenih.	78,4	16,4	4,3
Surova jajca shranjujem ločeno od ostalih vrst živil v hladilniku.	43,6	26,9	28,9
Po ubijanju jajc si temeljito umijem roke.	56,7	31,5	11,8
Po nečistem delu (uporaba stranišča, dotikanje surovega mesa, domačih živali) si umijem roke z milom.	87,5	8,9	2,3
Pred pripravo jedi si roke umijem z milom.	75,4	18,0	6,2
Za pripravo hrane uporabljam čisto posodo in pribor.	93,4	5,2	0,7
Posodo po pripravi živil temeljito umijem z detergentom in vročo tekočo vodo.	81,6	13,4	3,9
Živila morajo med toplotno pripravo doseči dovolj visoko temperaturo.	70,5	23,9	4,9
Redno preverjam rok uporabnosti živil v hladilniku.	63	30,2	5,2
Redno preverjam temperaturo v hladilniku.	36,7	32,5	29,5
Zamrznjena živila odtalim v hladilniku.	47,9	35,4	15,1
Zamrznjena živila odtalim na kuhinjskem pultu.	43,9	45,2	9,5
Hitro pokvarljiva živila poleti prinesem iz trgovine v hladilni torbi ali izolacijski vrečki.	36,1	32,1	29,5
Hitro pokvarljiva živila takoj po nakupu shranim v hladilniku.	78,0	15,4	5,2

*Vir:* Anketni vprašalnik, 2015.

V nadaljevanju (tabela 2) so prikazani odgovori dijakov na vprašanja o rokovanju z živili, na katerih je opazna prisotnost plesni.

V nadaljevanju so podani odgovori anketirancev o uporabi in nakupu živil lokalno pridelane in predelane hrane. Svežo zelenjavo z domačega vrta uporablja 66,2 % vprašanih. 30,8 % vprašanih delno uporablja svežo zelenjavo z domačega vrta ter 2,6 % je ne uporablja.

Pri nakupu sveže zelenjave sledi načelu, da je najboljša sveža zelenjava tista, ki je lokalno pridelana 58,0 % vprašanih. 34,8 % vprašanih se tega načela delno drži. 6,9 % vprašanih se ne drži tega načela.

Tabela 2: Rokovanje z živili na katerih je opaziti prisotnost plesni

<i>Plesnivo živilo</i>	<i>Živilo termično obdelam (skuham, spečem) in uporabim v celoti</i>	<i>Odstranim plesnivi del in uporabim ostanek živila</i>	<i>Živilo v celoti zavržem</i>
Kruh	3,9 %	17,4 %	75,1 %
Sadje	3,6 %	52,5 %	40,0 %
Zelenjava	4,3 %	46,6 %	44,6 %
Marmelada	2,6 %	30,5 %	64,3 %
Sir	3,6 %	54,1 %	38,4 %
Salame	3,6 %	38,4 %	54,4 %
Mlečni izdelki	3,0 %	5,2 %	89,2 %

*Vir:* Anketni vprašalnik, 2015.

Približno polovica vseh anketirancev (154 dijakov oz. 50,5 %) pravi, da kupuje živila pri ponudnikih lokalno pridelane hrane. Približno malo manj kot polovica (139 dijakov oz. 45,6 %) jih je odgovorilo, da ne kupuje živil pri ponudnikih lokalno pridelane hrane. Neopredeljenih anketirancev je bilo 8 (2,6 %), en anketiranec (0,3 %) je odgovoril, da hrano pridela doma, 3 anketiranci (1,0 %) pa so obkrožili oba odgovora.

Med utemeljitvami, zakaj anketiranec kupuje pri ponudnikih lokalno pridelane/predelane hrane je bilo največ odgovorov: »ker je boljše oz. bolj kakovostno«, »ker podpiramo domače pridelovalce«, »ker imamo večje zaupanje pri teh ponudnikih«, »ker je boljšega okusa«, »ker je bolj zdravo«, »ker vemo od kod prihaja živilo« oz. »ker poznamo izvor živila«, »ker je bolj sveža«, »ker je bolj naravno«, »ker je manj škropljeno oz. manj kemikalij«.

Med utemeljitvami, zakaj anketiranec ne kupuje pri ponudnikih lokalno pridelane/predelane hrane pa je bilo največ odgovorov: »ker imamo doma« oz. »ker pridelamo doma« (skoraj polovica odgovorov), »ker je malo ponudnikov« oz. jih ni v njihovi bližini, »ker živila večinoma kupujemo v trgovinah«, »zaradi cene«, »ker je hitreje v trgovinah«, »živila kupujejo starši«, »zaradi take navade«, ker jim je vseeno oz. se ne ozirajo na to od kod prihaja hrana, »ker se v trgovini dobi vse na enem mestu«, »ker je dražje kot, če bi kupili v trgovini«, »ker je bolj odročno kot v trgovini«, ker ne poznajo takih ponudnikov.

Od vseh sodelujočih je 34 % anketiranih, ki kupujejo hrano pri lokalnih pridelovalcih na vprašanje »Kako pogosto kupujete živila pri ponudnikih lokalno pridelane/predelane hrane?« odgovorilo, da kupuje taka živila tedensko. 12 % anketiranih kupuje taka živila mesečno oziroma na dva meseca, 21 % anketiranih je odgovorilo, da kupuje taka živila pogosto ali zmeraj, 8 % anketiranih, da kupuje po potrebi, 16 % anketiranih, da kupuje občasno, bolj poredko ali skoraj nikoli ter 16 % anketiranih na to vprašanje ni odgovorilo oziroma je napisalo, da ne vedo.

Na vprašanje katera živila kupujejo od lokalnih ponudnikov so bili med odgovori: zelenjava, sadje, meso, mesni izdelki, mlečni izdelki (skuta, sir, jogurt), mleko, marmelada, jajca, moka, sok, pijače, žita, kosmiči, zdrob, med, kruh, testenine, olja. Nekateri so odgovorili: »vse kar rabimo« ali »kar nimamo doma« oziroma »razno«.



## 4 Razprava

Anketiranci so bili dijaki zavoda Grm Novo mesto – centra biotehnike in turizma, ki združuje kmetijsko šolo, biotehniško gimnazijo ter srednjo šolo za gostinstvo in turizem. Glede na izobraževalne programe v katere so vključeni, smo pričakovali dobro poznavanje priporočil glede varnosti pri rokovanju z živili za preprečevanje s tem povezanih okužb. Ugotavljamo, da se kar veliko število vprašanih (od 12 % do 30 %) ne drži priporočil in na primer ne ločujejo surovega mesa perutnine od ostalih vrst svežega mesa, ne ločujejo desk za pripravo surovih živil od desk za pripravo kuhanih živil, ne upoštevajo zaporedja pri čiščenju zelenjave in mesa, surovih jajc ne shranjujejo ločeno od ostalih vrst živil, po ubijanju jajc si ne umijejo temeljito rok, ne preverjajo redno temperature v hladilniku, zmrznjenih živil ne odtaljujejo v hladilniku, hitro pokvarljivih živil poletu po nakupu ne prenašajo v izolacijski vrečki. Prav tako veliko oseb (od 27 % do 37 %) našeta priporočila delno upošteva, delno ne.

Med drugim je veliko takih (od 13 % do 45 %), ki ne ločujejo vedno čistih kuhinjskih krp od umazanih, si ne umijejo vedno rok z milom pred pripravo jedi, ne umijejo vedno posode po pripravi jedi z vročo vodo in detergentom, ne upoštevajo vedno dovolj visoke temperature pri pripravi jedi, ne preverjajo redno roka uporabnosti živil, veliko jih odtaljuje živila kar na kuhinjskem pultu, živil ne shranjujejo vedno takoj po nakupu v hladilnik. Nezadostno upoštevanje priporočil za zagotavljanje varnosti živil so pokazale tudi raziskave narejene med mladimi v tujini (Hassana in Dimassi, 2014; Lazou, Georgiadis, Pentieva, McKevitt in Iossifidou, 2012; Osaili, Obeidat, Abo Jamous in Bawadi, 2011; Yasmin, Huseyin in Isil, 2013).

Plesni, ki se pojavljajo na živilih in niso bile v živilo namerno vnesene v procesu predelave, so lahko nevarne zdravju. Nekatere proizvajajo mikotoksine (najbolj poznan in proučevan je aflatoksin), ki lahko v večjih količinah povzročijo akutne zastrupitve, v manjših količinah pa so rakotvorni. Toksini se med termično obdelavo ne uničijo, zato je potrebno plesen odstraniti. Trde sire in salame, trdo sadje in zelenjavo lahko obrežemo (vsaj 2,5 cm v globino). Ostalo hrano (meso, mehke mesne izdelke, mleko in mlečne izdelke, mehko sadje in zelenjavo, marmelade, kruh in druge pekavske izdelke, ostanke kuhane hrane) moramo v celoti zavreči, saj obstaja verjetnost, da je plesen prisotna v celotnem živilu, kljub temu da ni vidna s prostim očesom (Molds on Food, 2005). Po priporočilih Nacionalnega inštituta za javno zdravje je potrebno plesnivo hrano v celoti zavreči (Benko idr., 2014). Tudi v primeru uporabe plesnivih živil je prisoten velik delež anketirancev, ki priporočil ne upošteva. V primerih, ko je potrebno živilo v celoti zavreči, se giblje delež anketirancev, ki upošteva priporočila med 64 % in 89 %. Tri do štiri % anketirancev vsa živila, ki smo jih vključili v vprašalnik, termično obdelali in uporabili v celoti, kar je lahko zelo nevarno zdravju. V nekaterih primerih menimo, da odgovori niso bili realni. Na primer, čeprav je marmelado možno termično obdelati (uporaba v sladica) menimo, da plesnivega dela pri tem nihče ni uporabil.

Na podlagi rezultatov lahko ugotovimo, da je nujna boljša informiranost mladih. Menimo, da je ključnega pomena izobraževanje v sklopu rednega učnega procesa ne

glede na vrsto izobraževalnega programa. Prav tako predlagamo informiranje preko sredstev javnega obveščanja na način prilagojen mladim (krajša sporočila, uporaba modernih tehnologij, inovativni pristopi).

Zavedanje o nevarnostih okužb in zastrupitev z živili je večje pri tistih posameznikih, ki so že preboleli bolezen, ki se prenaša z živili (Fein, Jordan Lin in Levy, 1995). V bodoče bi bilo zato zanimivo opraviti še kakšno raziskavo, ki bi primerjala dve skupini ljudi in sicer tiste, ki so že imeli resnejše ali pogostejše okužbe ali zastrupitve povezane z živili ter tiste, ki teh okužb ali zastrupitev niso imeli. Pri tem bi v raziskavo hkrati vključili več dejavnikov kot na primer spremljanje življenjskih navad posameznikov, način razmišljanja (predvsem stališča posameznika povezana z zdravjem ter tudi splošna miselna naravnost in odnos do življenja, do sebe in drugih, okolja, stališča posameznika povezana z družbenim dogajanjem v svetu in državi v kateri živi), življenjske okoliščine posameznika, genetske predispozicije itd.

Velik delež dijakov, ki obiskujejo kmetijsko šolo, biotehniško gimnazijo ter srednjo šolo za gostinstvo in turizem prihaja iz podeželja, zato je razumljivo, da v velikem deležu (okoli 97 %) redno ali občasno uporabljajo lokalno pridelano hrano, bodisi doma pridelano ali kupljeno pri ponudnikih lokalno pridelane hrane. Med pomembnimi razlogi, da ne kupujejo lokalno pridelane hrane so anketiranci navedli, da so živila v trgovini lažje dostopna in cenejša ter da ne poznajo ponudnikov ali pa so ti predaleč.

## 5 Sklep

Okužbe in zastrupitve s hrano so pogoste tudi v Sloveniji. Rezultati raziskave so pokazali, da se anketirani mladi ne obnašajo dovolj samozaščitno, kljub temu, da so tekom srednješolskega izobraževanja seznanjeni s tveganji nepravilnega rokovanja z živili. Potrebna bodo dodatna izobraževanja, ki bodo vplivala na stališča mladih do varne hrane in s tem tudi povečala upoštevanje priporočil.

Uporaba lokalno pridelane hrane je med anketiranimi srednješolci na visokem nivoju (večina sama prideluje vrtnine, skoraj polovica kupuje hrano pri lokalnih ponudnikih). Z omogočanjem boljših možnosti za pridelovalce in predelovalce lokalno pridelane hrane in ozaveščanjem potrošnikov se lahko ta delež v prihodnje še dvigne.

## LITERATURA

1. Benko, V., Breg-Trojner, Z., Goričanec, J., Horvat, M., Kastelic, B., Lampič, V. idr. (2014). Varnost živil v izrednih razmerah. 4. izd. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 17. 10. 2015, s [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/varnost\\_zivil\\_v\\_izrednih\\_razmerah.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/varnost_zivil_v_izrednih_razmerah.pdf).
2. Grilc, E., Frelih, T., Praprotnik, M., Steiner Rihtar, S. R. (2014). Incidenca okužb s hrano. Agencija Republike Slovenije za okolje. Pridobljeno 27. 8. 2015, s [http://kazalci.arso.gov.si/?data=indicator&ind\\_id=598](http://kazalci.arso.gov.si/?data=indicator&ind_id=598).
3. Hassana, H. F. in Dimassi, H. (2014). Food safety and handling knowledge and practices of Lebanese university students. *Food Control*, 40, str. 127–133.

4. Hoyer, S., Jevšnik, M. in Raspor, P. (2007). Odločanje za varno hrano v času nosečnosti. V D. Rugelj (ur.). Posvetovanje Varna in zdrava hrana na mizi potrošnika, v Ljubljani, 7. december 2007. Zbornik predavanj (str. 68–76). Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
5. Fein, S. B., Jordan Lin, C. T. in Levy, A. S. (1995). Foodborne Illness: Perception, Experience, and Preventive Behaviors in the United States. *Journal of Food Protection*, 58 (12), 1405–1411.
6. Ferik, Z. (2010). Bakterijske okužbe in zastrupitve s hrano (Diplomska naloga). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede. Pridobljeno 27. 8. 2015, s <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=12937>.
7. Frelih, T., Hojs, A., Grilc, E. in Praprotnik, M. (2014). Izbruhi okužb s hrano. Agencija Republike Slovenije za okolje. Pridobljeno 27. 8. 2015, s [http://kazalci.arso.gov.si/?data=indicator&ind\\_id=666](http://kazalci.arso.gov.si/?data=indicator&ind_id=666).
8. Molds on Food: Are They Dangerous? (2005). United States Department of Agriculture Food Safety and Inspection Service. Pridobljeno 17. 10. 2015, s <http://ucfoodsafety.ucdavis.edu/files/26438.pdf>.
9. Norazmir, M. N., Noor Hasyimah, M. A., Siti Shafurah, A., Siti Sabariah, B., Ajau, D. in Norazlan Shah, H. (2012). Knowledge and Practices on Food Safety among Secondary School Students in Johor Bahru, Johor, Malaysia. *Pakistan Journal of Nutrition*, 11, 110–115.
10. Lazou, T., Georgiadis, M., Pentieva, K., McKeivitt, A. in Iossifidou, E. (2012). Food safety knowledge and food-handling practices of Greek university students: A questionnaire-based survey. *Food Control*, 28 (2), 400–411.
11. Osaili, T. M., Obeidat, B. A., Abo Jamous, D. O. in Bawadi, H. A. (2011). Food safety knowledge and practices among college female students in north of Jordan. *Food Control*, 22 (2), 269–276.
12. Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005-2010 (ReNPPP). (2005). Uradni list republike Slovenije, št. 39 (19. 4. 2005). Pridobljeno 16. 10. 2015, s [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno\\_zdravje\\_09/Resolucija\\_o\\_nacionalnem\\_programu\\_prehr\\_pol.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_09/Resolucija_o_nacionalnem_programu_prehr_pol.pdf).
13. Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015-2025 (ReNPPTDZ). (2015). Uradni list Republike Slovenije, št. 58 (3. 8. 2015). Pridobljeno 16. 10. 2015, s <http://www.uradni-list.si/1/content?id=122802&part=u&highlight=resolucija#!/Resolucija-o-nacionalnem-programu-o-prehrani-in-telesni-dejavnosti-za-zdravje-2015-2025-%28ReNPPTDZ%29>.
14. Varstvo pred nalezljivimi boleznimi. (2015). Ministrstvo za zdravje, Republika Slovenija. Pridobljeno 16. 10. 2015, s [http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja\\_in\\_dokumenti/veljavni\\_predpisi/varstvo\\_pred\\_nalezljivimi\\_boleznimi/](http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/veljavni_predpisi/varstvo_pred_nalezljivimi_boleznimi/).
15. Yasemin, A., Huseyin, G. and Isil, S. (2013). University Students' Knowledge and Practices of Food Safety. *Anthropologist*, 16 (3), 677–684.
16. Zagorc, N. in Lešer, V. (2014). Varna hrana v času nosečnosti. V B. Filej (ur.), Študenti zdravstvenih ved prispevajo k zdravju družbe: zbornik prispevkov z recenzijo / 6. konferenca s področja zdravstvenih ved, Murska Sobota, 30. maj 2014 (str. 409–416). Maribor: Alma Mater Europaea, Evropski center.
17. Zakon o nalezljivih boleznih – ZNB uradno prečiščeno besedilo (NB-UPB1). (2006). Uradni list RS, št. 33 (30. 3. 2006). Pridobljeno 16. 10. 2015, s <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200633&stevilka=1348>.

## Proizvodnja kapi za oči iz autolognog seruma

UDK 615.457

**KLJUČNE RIJEČI:** autologni serum, kapi za oči, transfuzijska medicina, medicinska sestra

**POVZETEK** - Kapi za oči proizvedene iz autolognog seruma koriste se kod liječenja bolesti rožnice i reepitelizacije u situacijama suhog oka koja je najčešće povezana s reumatoidnim artritisom ili kod prisutnosti epitelnih defekata rožnice nakon ozljeda, zračenja i teških upala, uz razvoj ulkusa na rožnici koji ne reagiraju na konvencionalnu terapiju. Pacijentu se uzima 200 ml pune krvi u trostruku vrećicu bez antikoagulansa. Čuva se 2 sata na temperature od 22°C i ostavlja preko noći na + 40°C. Sljedeći dan krv se centrifugira. Serum se odvaja u transfer vrećicu i razrijeđuje u omjeru 1:4 s fiziološkom otopinom. Tako razrijeđen rastoči se u 3 ml bočice i stavi u zamrzivač. Ova metoda pripreme kapi za oči iz autolognog seruma predstavlja zatvoren sustav u svim fazama proizvodnje. Mikrobiološka kontrola radi se za svaki pripravak. Mikrobiološka kontaminacija u procesu proizvodnje je moguća. Medicinska sestra ima važnu ulogu u identifikaciji pacijenta, uzimanju krvi i svim fazama proizvodnje.

UDK 615.457

**KEY WORDS:** autologous serum, eye drops, transfusion medicine, nurse

**ABSTRACT** - Autologous serum in the form of eye drops (ASEs) may be used to promote corneal re-epithelialisation in cases of severe dry eye, most commonly associated with rheumatoid arthritis or persistent corneal epithelial defects after injury, burn, radiation and severe inflammation with the development of ulcers on the cornea that are unresponsive to conventional therapy. Blood was collected into sterile system of triple blood bags without anticoagulant. Blood was stored on +22°C for 2 hours and left overnight on +4°C. The next day, the blood was centrifuged. Serum was discharged into a sterile blood bag and diluted in a ratio of 1:4 with normal saline. Then the serum was appropriately labeled and then frozen. This method of preparation allows that the closed system is maintained during all phases of production. Microbiological tests were sterile in all cases during the validation process. Microbiological contamination is possible during ASEs preparation. A nurse has an important role in the production process, in the identification of the patient, dosing of blood, and the whole production process.

### 1 Uvod

Izrada kapi za oči iz autolognog seruma predstavlja relativno novi pristup u liječenju upalnih bolesti površine oka, kao i kod sindroma „suhog oka“ koje je otporno na konvencionalnu terapiju. Uspješnu primjenu autolognog seruma u proizvodnji kapi za oči pri je opisao Fox sa sur. 1984 godine (Fox, Chan and Michelson, 1984, str. 459–461). Znanstveni interes svojim istraživanjima u liječenju bolesti oka autolognim serumom stvara Tsubota sa sur. tijekom kasnih 90 godina prošlog stoljeća (Tsubota, Goto, Shimura and Shimazaki, 1999), (Tsubota, Goto, Fujita idr., 1999). Danas je primjena kapi za oči proizvedenih iz autolognog seruma našla široku primjenu u liječenju upalnih bolesti epitela oka, neurotrofnih keratopatija, retikularne erozije, keratoplastike, keratokonjuktivitisa ... Primjena seruma u svojstvu kapi za oči temelji se na činjenici da serum sadrži esencijalne hranjive tvari za oko, kao što su epidrmalni faktor rasta,  $\beta$ -transformirajući faktor rasta, neurotrofni faktori, vitamini A i E, citokini i mnogi drugi. Serum i po svojoj pH vrijednosti i biomehaničkim karakteristikama nalikuje suzama, te ne sadrži konzervanse i aditive (Liu, Hartwig, Harloff idr., 2006). Budući

da je  $\beta$ -transformirajući faktor rasta 5 puta veći u serumu, nego u suzama prilikom proizvodnje kapi za oči preporuka je razrijediti serum omjeru 1:4. (Imanishi, Kamiyama, Iguchi, Kita, Sotozono, and Kinoshita, 2000, str. 113–129), (Kojima, Higuchi, Goto, Matsumoto, Dogru, and Tsubota, 2008, str. 25–30), (Yamada, King, and Ness, 2008, 1245–1255). Zabilježeni su dobri rezultati i prilikom liječenja sa serumom i pri većim koncentracijama od 50–100 % (Jover Botella, Márquez Peiró, Márques, Monts Cambero, and Selva Otaolauruchi, 2011, str. 8–13; Poon, Geerling, Dart, Fraenkel and Daniels, 2001, 1188–1197).

## 2 Metodologija

U proces liječenja uključeni su pacijenti kod kojih konvencionalni način liječenja bolesti nije dao željene i očekivane rezultate. Svi pacijenti informirani su prije procesa proizvodnje i liječenja o prednostima i nedostacima, te potencijalnim nuspojavama ovog postupka liječenja, kao što su ljepljivost očnih kapaka i očni nemir. Svaki pacijent potpisao je informativni pristanak.

### 2.1 Postupak proizvodnje

Sve informacije o postupku liječenja učini specijalista za očne bolesti. Na Odjelu za transfuzijsku medicinu Nakon potpisivanja pisanog pristanka pacijentu se uzima 200 ml pune krvi u trostruku vrećicu bez antikoagulansa, koja je prethodno označena naljepnicom koja na sebi sadrži podatke u imenu i prezimenu pacijentu, jedinstveni identifikacijski broj, datum i sat uzimanja seruma, te količinu i naziv uzete doze pune krvi. (slika 1. i slika 2). Prilikom uzimanja krvi uzima se i jedna epruveta krvi za testiranje pacijenta na serološka testiranja krvlju prenosivih zaraznih bolesti (HbsAg, anti HCV, HCV Ag, HIV Ag/Ab, anti TP).

Slika 1: Prazna vrećica



Vir: Vlastiti izvor.

Slika 2: Uzimanje krvi



*Vir:* Vlastiti izvor.

Uzeta krv čuva se 2 sata na temperature od  $+22^{\circ}\text{C}$  u kontroliranim uvjetima (prijenosni hladnjaci sa data logger-om podešen na temperaturu od  $+22^{\circ}\text{C}$ , a nakon toga tijekom noći ostavlja se u hladnjaku na  $+4^{\circ}\text{C}$ .

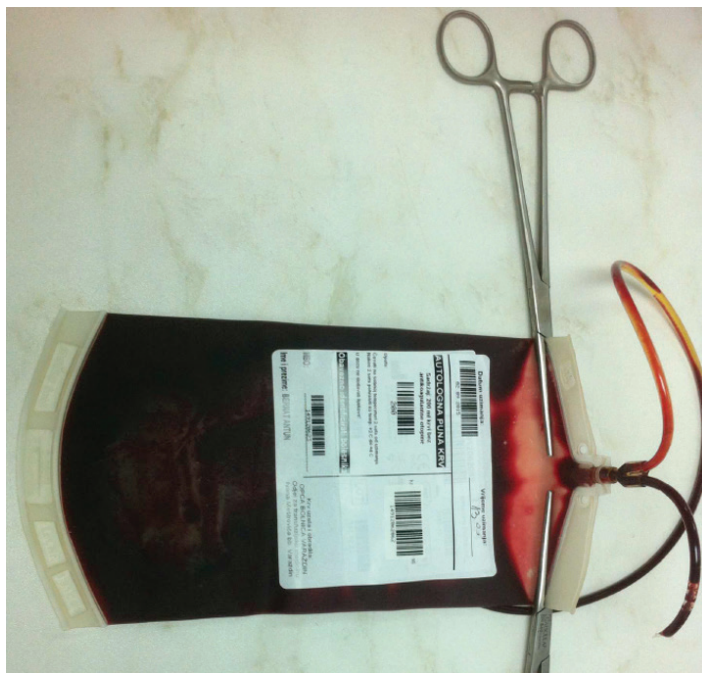
Slika 3: Uzeta doza pune krvi



*Vir:* Vlastiti izvor.

Sljedeći dan krv se centrifugira na 3000 okretaja/12 minuta. Nakon centrifugiranja serum se pomoću ručnog istiskivača odvaja u pridruženu transfer vrećicu. (Slika 4. i Slika 5.)

Slika 4: Priprema za odvajanje seruma od koaguluma



*Vir:* Vlastiti izvor.

Slika 5: Odvajanje seruma nakon centrifugiranja



*Vir:* Vlastiti izvor.

Sterilnih zavarivačem vrećica sa serumom se odvoji od matične vrećice i pomoću sterilnog konektora spaja sa vrećicom fiziološke otopine. Nakon spajanja učini se razrjeđenje seruma na preciznoj vagi u omjeru 1:4. (Slika 6. i Slika 7.)

*Slika 6:* Spajanje vrećice seruma na sterilnom konektoru



*Vir:* Vlastiti izvor.

*Slika 7:* Razrjeđenje seruma fiziološkom otopinom



*Vir:* Vlastiti izvor.



Dobiveni pripravak predstavlja kapi za oči iz autolognog seruma koja se opet pomoću sterilnog konektora spaja na linijski sistem bočica i puni sve bočice jednu za drugom u nizu. (Slika 8.)

*Slika 8:* Spajanje razrijeđenog seruma – kapi za oči



*Vir:* Vlastiti izvor.

Nakon punjenja svih bočica i istiskivanja zraka, svaka se bočica odvaja od sistema sterilnim zavarivačem. Po završetku odvajanja svaka se bočica označava jedinstvenom naljepnicom, stavljaju u kutiju i kao takve pohranjuju u ledenicu na  $-30^{\circ}\text{C}$ . (Slika 9. i Slika 10.)

*Slika 9:* Finalni proizvod kapi za oči iz autolognog seruma



*Vir:* Vlastiti izvor.

Slika 10: Pohrana kapi za oči



*Vir:* Vlastiti izvor.

### 3 Rezultati

Kao konačni produkt nastaje 30 bočica kapi za oči od 3 ml koje se čuvaju u zamrzivaču na  $-30^{\circ}\text{C}$ . Ostatak razrijeđenog seruma uzima se za mikrobiološku kontrolu i bočice se ne izdaju do dobivanja rezultata serološke i mikrobiološke kontrole. Rok valjanosti u zamrzivaču je mjesec dana. Po otvaranju bočica se mora iskoristiti tijekom 24 sata, a nakon toga baciti.

### 4 Rasprava

Pregledom literature postoje pouzdani dokazi o uspješnosti liječenja kapima za oči iz autolognog seruma (10-14). Opisani su i različiti protokoli u proizvodnji. Naša metoda opisuje u potpunosti zatvoren sustav u kojem je mogućnost bakterijske kontaminacije svedena na minimum. Potrebno je napomenuti i važnost pozitivne identifikacije pacijenta prilikom uzimanja krvi i prilikom izdavanja autolognih kapi za oči.

### 5 Zaključak

Mikrobiološka kontaminacija u procesu proizvodnje je moguća, usprkos zatvorenoj metodi proizvodnje. Na kvalitetu pripravka i sigurnost pacijenta u liječenju utječe definiranje kritičkih točaka u procesima rada, sljedljivost. Medicinska sestra ima važnu

ulogu u identifikaciji pacijenta, uzimanju krvi i svim fazama proizvodnje. Ovaj rad predstavlja jedan od načina proizvodne kapi za oči iz autoložnog seruma u zatvorenom sustavu što uvelike smanjuje troškove proizvodnje i smanjuje rizik mikrobiološke kontaminacije.

## LITERATURA

1. Fox, R. I., Chan, R. and Michelson, J. B. (1984). Beneficial effect of artificial tears made with autologous serum in patients with keratoconjunctivitis sicca. *Arthritis and Rheumatism*, 27 (4), 459–461.
2. Imanishi, J., Kamiyama, K., Iguchi, I., Kita, M., Sotozono, C. and Kinoshita, S. (2000). Growth factors: Importance in wound healing and maintenance of transparency of the cornea. *Progress in Retinal and Eye Research*, 19 (1), 113–129.
3. Jover Botella, A., Márquez Peiró, J. F., Márques, K., Monts Cambero, N. and Selva Otaolaurruchi, J. (2011). Effectiveness of 100% autologous serum drops in ocular surface disorders. *Farmacia Hospitalaria*, 35 (1), 8–13.
4. Kojima, T., Higuchi, A., Goto, E., Matsumoto, Y., Dogru, M. and Tsubota, K. (2008). Autologous serum eye drops for the treatment of dry eye diseases. *Cornea*, 27 (1), S25–S30.
5. Kojima, T., Ishida, R., Dogru, M. idr. The effect of autologous serum eyedrops in the treatment of severe dry eye disease: a prospective randomized case-control study. *American Journal of Ophthalmology*, 139 (2), 242–246.
6. Lagnado, R., King, A. J., Donald, F. and Dua, H. S. (2004). A protocol for low contamination risk of autologous serum drops in the management of ocular surface disorders. *British Journal of Ophthalmology*, 88 (4), 464–465.
7. Liu, L., Hartwig, D., Harloff, S. idr. (2006). Corneal epitheliotropic capacity of three different blood-derived preparations. *Investigative Ophthalmology and Visual Science*, 47 (6), 2438–2444.
8. Poon, C., Geerling, G., Dart, J. K. G., Fraenkel, G. E. and Daniels, J. T. (2001). Autologous serum eyedrops for dry eyes and epithelial defects: clinical and in vitro toxicity studies. *British Journal of Ophthalmology*, 85 (10), 1188–1197.
9. Tananuvat, N., Daniell, M., Sullivan, L. J. idr. (2001). Controlled study of the use of autologous serum in dry eye patients. *Cornea*, 20 (8), 802–806.
10. Tsubota, K., Goto, E., Fujita, H. idr. (1999). Treatment of dry eye by autologous serum application in Sjogren's syndrome. *British Journal of Ophthalmology*, 83, (4), 390–395.
11. Tsubota, K., Goto, E., Shimmura, S. and Shimazaki, J. (1999). Treatment of persistent corneal epithelial defect by autologous serum application. *Ophthalmology*, 106, (10), 1984–1989.
12. Urzua, A., Vasquez, D. H., Huidobro, A. idr. (2012). Randomized double-blind clinical trial of autologous serum versus artificial tears in dry eye syndrome. *Current Eye Research*, 37 (8), 684–688.
13. Yamada, C., King, K. E. and Ness, P. M. (2008). Autologous serum eyedrops: literature review and implications for transfusion medicine specialists. *Transfusion*, 48 (6), 1245–1255.
14. Young, L., Cheng, A. C. O., Ng, H. K., Cheng, L. L., Leung, G. Y. S. and Lam, D. S. C. (2004). The use of autologous serum tears in persistent corneal epithelial defects. *Eye*, 18 (6), 609–614.

# Potreba po neakutni bolnišnični obravnavi pacientov v SB Novo mesto

UDK 616-083:614.21

**KLJUČNE BESEDE:** neakutna bolnišnična obravnava, zdravstvena nega, pacienti

**POVZETEK** - Neakutna bolnišnična obravnava (NBO) predstavlja obliko bolnišničnega zdravljenja po končani akutni bolnišnični obravnavi (ABO), ko zaradi zdravstvenih razlogov ni možen odpust zavarovane osebe v domače okolje. NBO obsega podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno oskrbo. Tovrstna obravnava se izvaja tudi v SB Novo mesto. Paciente obravnavajo na različnih oddelkih, kjer izvajajo nadaljevanje rehabilitacije, zdravljenja in zdravstvene nege. Premestitve na NBO potekajo znotraj bolnišnice, bolnišnica pa ne sprejema pacientov iz drugih ustanov ali bolnišnic. V članku bo predstavljena NBO in ciljna skupina pacientov, ki so upravičeni do nje, kriteriji za sprejem, pobuda za sprejem, prednost tovrstne obravnave, razvoj in prednosti paliativne oskrbe. V zaključku bodo opisane prednosti NBO kot samostojnega oddelka in potreba po izobrazbi paliativnega tima, ki bi bil v podporo pacientom, njihovim svojcem in zdravstvenim delavcem, ki smo velikokrat nemočni pri delu s paliativnimi pacienti.

UDK 616-083:614.21

**KEY WORDS:** non-acute hospital treatment, nursing care, patients

**ABSTRACT** - Non-acute hospital treatment (NHT) represents the form of hospital treatment after completion of the acute hospital treatment (AHT) when, because of the health reasons, it is not possible to dismiss the insured person in the home environment. NHT covers extended hospitalisation, nursing care and palliative care. Such treatment is also performed in the General Hospital Novo mesto, where the patients are treated in different departments that implement continued rehabilitation, treatment and implementation of healthcare. At NHT the transfer is performed intra-hospital, because the hospital does not accept patients from other institutions or hospitals. The article presents NHT and target groups of patients who are eligible for accommodation in NHT, the admission criteria, the initiative for admission, the advantage of such treatment, and development and benefits of palliative care. The conclusion includes the description of the advantages of NHT as an independent department and the need for educating the palliative team for supporting patients, their families and medical professionals, who are often powerless when dealing with palliative patients.

## 1 Predstavitev oddelka

Oddelek za neakutno bolnišnično obravnavo (NBO) je najmlajši oddelek v SB Novo mesto. Začetek tovrstne obravnave sega v leto 2002 z ustanovitvijo podaljšanega bolnišničnega zdravljenja, ki je potekalo do leta 2004. Leta 2005 pa je nastal tako imenovani oddelek neakutne bolnišnične obravnave (Fakturna služba, SB Novo mesto), pri čemer obravnava poteka po vseh oddelkih bolnišnice glede na potrebe in možnosti izvedbe. V letu 2011 se je nato za neakutno bolnišnično obravnavo določilo 6 postelj na nevrološkem oddelku, prav tako tudi na internih in kirurških oddelkih. Po potrebi pa se določijo tudi na ostalih oddelkih.

NBO praviloma predstavlja obliko bolnišničnega zdravljenja po končani akutni bolnišnični obravnavi, ko iz zdravstvenih in socialnih razlogov ni možen odpust zavarovane osebe v domače okolje.

vane osebe v domače okolje ali ni več možna nega v domačem okolju. NBO obsega podaljšano bolnišnično zdravljenje, rehabilitacijo, zdravstveno nego in paliativno oskrbo (Uradni list RS, št.36/04).

Oddelek za NBO v SB Novo mesto je del projekta celovite kakovosti. Povezan je s projekti spremljanja kazalcev kakovosti (RZP, incidentov, bolnišničnih okužb), projektom izobraževanja v ZN (v nadaljevanju: zdravstvena nega), projektom obvladovanja stroškov, kakovostnega in prijaznejšega odpusta pacientov, itd.

## 2 Namen NBO

Z organizacijo oddelka za NBO želimo doseči:

- učinkovito izvajanje celostne zdravstvene obravnave pacientov s kroničnimi stanji,
- zagotovitev varne in visoko kakovostne zdravstvene oskrbe in nadzora,
- povečanje racionalnosti in izkoriščenosti obstoječih zdravstvenih zmogljivostih,
- učinkovito izvajanje zdravstvene rehabilitacije,
- povečanje sposobnosti samooskrbe pacientov,
- nadaljnji razvoj neakutne obravnave, ki bo namenjena prehodni obravnavi pacientov,
- zmanjšanje potreb po dolgotrajni oskrbi pacientov na ABO,
- razvoj paliativne oskrbe pacientov,
- izvajanje dolgotrajne zdravstvene oskrbe pacientov s specifičnimi potrebami,
- večje zadovoljstvo pacientov in njihovih svojcev,
- izobraževanje zaposlenih v zdravstvu,
- razvoj prostovoljnega dela v bolnišnici,
- povečanje vlog MS/ZT (medicinska sestra/zdravstveni tehnik) pri prevzemanju novih, samostojnih vlog v obravnavi kroničnih bolnikov,
- da bo posamezniku, še posebno starejšim osebam, omogočena kakovostna priprava na varen odpust domov ali v institucionalno varstvo.

### 2.1 Upravičene osebe

Do namestitve na oddelek za NBO so upravičene zavarovane osebe, ki:

- so pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti popolnoma ali delno odvisne od pomoči drugih in živijo same ter še niso sposobne funkcioniranja v domačem okolju,
- so v terminalni fazi kronične bolezni,
- imajo kronične rane, pri katerih je pričakovati celjenje,
- nimajo ožjih svojcev in jih zaradi zdravstvenega stanja ni mogoče odpustiti v domače okolje,
- pri čemer NBO predstavlja tudi pomoč pri reševanju socialne problematike (Mikloša, 2013).

Ciljna skupina pacientov so:

- starejši, ki po zaključenem ABO zdravljenju niso sposobni samooskrbe,
- kronični pacienti,
- neozdravljivo bolni,

- pacienti, ki čakajo na prosto mesto v DSO (v nadaljevanju: dom starejših občanov),
- pacienti, ki čakajo na premestitev v drugo bolnišnico ali zdravilišče,
- pacienti, ki še potrebujejo zahtevno ZN, ki je še ni mogoče zagotoviti v domačem okolju,
- pacienti, ki potrebujejo dodatno zdravstveno vzgojo,
- pacienti, ki nadaljujejo s fizioterapijo, ne potrebujejo pa ABO in vsakodnevnega nadzora zdravnika,
- pacienti, ki potrebuje dodatno socialno obravnavo.

## 2.2 Kriteriji za sprejem

Kriteriji za sprejem so:

- Akutno zdravljenje je zaključeno.
- Zdravstveno stanje je stabilno.
- Pacient ne potrebuje vsakodnevnega nadzora zdravnika.
- Pacient potrebuje pomoč pri opravljanju večine osnovnih življenjskih potreb.
- Pacient potrebuje zdravstveno nego.
- Pacient potrebuje zdravstveno vzgojo in svetovanje.
- Pacient potrebuje fizioterapijo.
- Pacient potrebuje pomoč pri urejanju socialnih razmer (Uradni list RS, št.36/04).

## 3 Potek neakutnega zdravljenja in cilji

Pobudo za sprejem na negovalni oddelek lahko podajo lečeči zdravnik, medicinska sestra, socialni delavec, fizioterapevt, pacient, svojci ali zunanje institucije (CSD, patronažna služba, DSO, itd.)

Odločitev in predlog za sprejem odredi in napiše lečeči zdravnik v sodelovanju z odgovorno medicinsko sestro oddelka. O nameravani premestitvi se lečeči zdravnik pogovori, če to dopušča zdravstveno stanje pacienta, s pacientom, vedno pa tudi z njegovimi svojci.

Že pred samim sprejemom pacienta na oddelek NBO je potrebno tudi sodelovanje z drugimi institucijami in vključevanje teh zunanjih institucij v načrtovanje aktivnosti, tako ob sprejemu pacienta na oddelek NBO kot tudi po odpustu pacienta. Pacientom in svojcem je treba podati tudi konkretne odgovore na vsa njihova vprašanja v zvezi s potekom NBO.

Tovrstna obravnava je bolj prijazna svojcem in pacientom, ki so kronično ali neozdravljivo bolni ter omogoča lažji prehod v paliativno oskrbo. Neakutna bolnišnična obravnava omogoča tudi hitrejši in bolj strukturiran razvoj paliativne oskrbe oziroma paliativnega pristopa pri obravnavi neozdravljivo bolnega oziroma umirajočega pacienta.

Cilj in razvoj poteka v smeri samostojne in enotne lokacije oddelka z razvojem in ustanovitvijo tima paliativnega pristopa oziroma oskrbe. Oskrba bolnikov, ki potrebujejo neakutno obravnavo, je na negovalnem oddelku bistveno bolj učinkovita kot na

akutnem oddelku bolnišnice, ter predstavlja občutno manjši strošek obravnave bolnika (Kadivec, 2013).

Neakutna zdravstvena obravnava pacientov predstavlja pomemben most med akutno obravnavo pacientov in odpustom v domače okolje ali institucionalno varstvo v socialnem zavodu, zato jo je potrebno še naprej podpirati in razvijati v smeri zastavljenih ciljev.

## LITERATURA

1. Kadivec, S. (2013). Uvodnik. V S. Kadivec (ur.), 10 let dela in razvoja negovalnega oddelka (str. 2–3). Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo.
2. Mikloša, P. (2013). Pomen timskega dela v neakutni in paliativni obravnavi. V S. Kadivec (ur.), 10 let dela in razvoja negovalnega oddelka (str. 61–67). Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo.
3. Pravilnik o zagotavljanju zdravstvene in socialnovarstvene obravnave v primerih odpusta iz bolnišnic ter v primerih, ko upravičenec živi doma. (2007). Uradni list RS, št. 36/04, (69/05- odl. US RS, 21/06-odl. US RS, 21/06- odl. US RS in 105/06/2007).

# Kvalitativno raziskovanje in vidik zdravstvene obravnave starostnika z demenco

UDK 616.892.3:303

**KLJUČNE BESEDE:** raziskovanje, kvalitativno raziskovanje, demenca, zdravstvena obravnava, starostniki

**POVZETEK** - V razvitem svetu delež starejših oseb nenehno narašča in tudi za Slovenijo je značilno, da postaja vse bolj »stara družba«, kjer se večja delež obolelih z različnimi s starostjo povezanimi boleznimi. V prispevku poudarimo, da se večja število obolelih starostnikov z demenco, ki pa naj bi se zaradi staranja prebivalstva v prihodnjih dveh desetletjih celo podvojilo. Ker se vidik zdravstvene nege obolelih starostnikov z demenco vedno bolj dotika vseh medicinskih sester, morajo te pridobiti znanje in veščine na tem področju, in jih nato prenesti v prakso, s ciljem zagotavljati kakovostno zdravstveno obravnavo in oskrbo. Namen članka je raziskati vidik povezovanja praktičnih izkušenj v zdravstveni negi z znanstvenim raziskovanjem na področju zdravstvene nege ter predstaviti rezultate nekaterih kvalitativnih raziskav. V prispevku predstavimo nekatere ugotovitve raziskovalcev, njihove znanstvene dokaze in dobre izkušnje, ki temeljijo na kvalitativni obravnavi starostnikov, obolelih z demenco.

UDK 616.892.3:303

**KEY WORDS:** research, qualitative research, dementia, medical treatment of the elderly

**ABSTRACT** - In the developed world, the proportion of elderly citizens is growing constantly, and Slovenia is also characterised by becoming gradually more "old society", where there is an increasing number of people with a variety of age-related diseases. In the article, we emphasize the increase in the proportion of the elderly with dementia, which is, due to the ageing of the population, even supposed to double over the next two decades. The aspect of nursing care of the elderly with dementia is progressively becoming the concern of all nurses, therefore they must acquire the knowledge and skills in this area and transfer the acquired into practice, with the aim of providing high-quality nursing treatment and care. The purpose of the article is to explore the connection between practical experience in nursing care and the scientific research in the field of health sciences, and to present some qualitative research results. Furthermore, in the article we present some of the findings of the researchers, their scientific evidence and good practices, which are based on quality treatment of the elderly with dementia.

## 1 Uvod

V razvitem svetu delež starejših oseb nenehno narašča. Tudi v Sloveniji, ki postaja vse bolj stara družba, se večja delež obolelih z različnimi s starostjo povezanimi boleznimi. Povečanje staranja prebivalstva vpliva na družbene, socialne in ekonomske spremembe, ki vodijo k spremenjenim potrebam na področju zdravstvene nege. Po navajanju zdravstvene stroke lahko potem, ko je dosežena mejna starost 65 let, govorimo o očitnem procesu staranja in s tem povezanimi značilnostmi (Skela Savič idr., 2010, str. 90). Po projekciji OZN naj bi bilo leta 2050 v Sloveniji tretjina prebivalcev starih 65 let. Poleg povečane potrebe po skrbi za starostnike je zaradi staranja in s tem povezanimi problemi prebivalstva pomembno na področju zdravstvene nege slediti potrebam po pridobivanju novih znanj in veščin. Pomembno je zavedanje, da bo v prihodnosti vedno bolj v ospredje prihajala skrb za starostnike, in sicer iz družbenega vidika, vidika posameznika ter z vidika vseh strokovnjakov, ki pokrivajo področje staranja. Pri reševanju



problemov povezanih s skrbjo za starostnika je prostor za prenos že dobro utečenih praks, hkrati pa je potrebno pridobivati nova znanja na področju zdravstvene nege in jih povezati s preteklimi izkušnjami. Naloga vseh strokovnjakov zdravstvene nege je slediti spremenjenim potrebam ter povezati praktične izkušnje in specialna znanja na številnih področjih zdravstvene nege z znanstveno-raziskovalnim področjem.

Namen raziskovanja v zdravstveni negi je razvijati znanje, ki podpira in usmerja razvoj celotne zdravstvene nege, tako teorije kot prakse. Raziskovanje omogoča izboljševanje kakovosti zdravstvene nege in njen dvig na profesionalni nivo. Za raziskovanje je potrebno znanje in poznavanje raziskovalnih metod, ki ga medicinske sestre (MS) pridobijo na visokostrokovnih, fakultetnih in podiplomskih akademskih izobraževanjih. Raziskovanje ni namenjeno samo razvoju teoretičnih znanj, ampak mora biti usmerjeno predvsem v izboljšanje prakse zdravstvene nege, in s tem namenom se mora razvijati tudi na področju obolelih z različnimi, s starostjo povezanimi boleznimi. Hajdinjak in Meglič (2012, str. 52) navajata, da je treba poiskati možnosti in poti za uspešen prenos znanstvenih odkritij v prakso. Takšno možnost obravnavamo iz vidika kvalitativnega raziskovanja zdravstvene nege obolelih starostnikov z demenco. Predstavimo pomen proučevanja posameznika (pacienta, MS) ali manjših skupin iz vidika poglobljene obravnave in oblikovanja individualnega načrtovanja zdravstvene nege.

V naslednjih poglavjih predstavimo primere povezovanja praktičnih izkušenj v zdravstveni negi z znanstvenim raziskovanjem na področju zdravstvene nege, vidik prenosa znanja in pridobivanja novih izkušenj MS s področja stroke ter možnosti za izboljšanje prakse zdravstvene nege na osnovi izvedenega kvalitativnega raziskovanja.

## 2 Kvalitativna paradigma in kvalitativno raziskovanje

Kvalitativna paradigma je nastala kot posledica kritik, ki so se nanašale na ontologijo, epistemologijo in aksiologijo. Z vidika raziskovalcev zdravstvene nege so pomembni predvsem tisti očitki in kritike kvantitativnega raziskovanja, ki se nanašajo na vprašanje pomanjkljive vključitve norm, vrednot, mnenj, stališč, večje povezanosti med teorijo in prakso ter uporabe izsledkov pri izboljševanju svoje prakse. Vogrinc (2008, str. 12–13) opozori na pomanjkanje povezanosti med teorijo in prakso z naslednjo razlago: »Kvantitativnemu raziskovanju so tako očitali, da mu kljub strogim metodološkim standardom (objektivni, zanesljivi, ponovljivi, posplošljivi ... postopki) ni uspelo zagotoviti večje povezanosti med teorijo in prakso.« Gojkov (2007, str. 47) navaja, da je kvantitativno raziskovanje (imenuje ga empirično-kvantitativno raziskovanje) »strogo usmerjeno k teoriji in hipotezam«. Pogled »na stvarnost« je v kvantitativnih raziskavah že vnaprej določen, usmerjen. Opozori, da se tako ustvarja »kanaliziran pogled na stvarnost«. Hkrati pa je cilj teh raziskav, da se preveri vnaprej definirane hipoteze. Nasprotno temu poteka kvalitativno empirično raziskovanje, ki izhaja iz vnaprej postavljenih raziskovalnih vprašanj. Streubert in Rinaldi Carpenter (2011) poudarita, da kvalitativno raziskovanje omogoča medicinskim sestram razumevanje posameznika in hkrati izkušenj skupine v odnosu do posameznika.

Pri kvalitativnem raziskovanju ne uporabljamo statističnih postopkov. Mesec (1998, str. 26) kvalitativno raziskovanje definira kot 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. Kvalitativno raziskovanje je široko usmerjeno k cilju razumevanja celotne vsebine problema, z njim naj bi poglobljeno obravnavali vsebine raziskave in pri tem izhajali iz neposredne izkušnje, opisa, rekonstrukcije dokumentov. Poudarek je na subjektivnem doživetju posameznika ter ugotavljanju pomena, ki ga posameznik pripisuje posameznim dogodkom. Značilna je interpretativna paradigma. Kot primer pomena »boljšega razumevanja« na področju zdravstvene nege Parahoo (2006, str. 63) navede: »strokovnjak iz ZN in pacient lahko vidita/razumeta situacijo, posamezen dogodek ali problem različno. Takšna spoznanja lahko vplivajo na učinkovito uporabo storitve in pričakovane rezultate.« Iz tega vidika so kvalitativne raziskave lahko pomembne in uspešno uporabljene v praksi na različnih področjih raziskovanja na področju zdravstvene nege. Tako bi z vidika zdravstvene obravnave starostnika z demenco to pomenilo, da raziskovalci namenijo poudarek razumevanju in interpretaciji raziskovanih situacij, ravnanj, dogodkov z vidika vseh udeležencev zdravstvene nege.

Kvalitativno raziskovanje povezuje različne vrste raziskav. To so študija primera (sistematično analiziramo in predstavimo posamezen primer), življenjska zgodovina (celostno, sistematično analizirano predstavljanje posameznikovega življenja in dela v povezavi s spremembami in vplivi družbeno-ekonomskega in političnega okolja, na osnovi izvedenega intervjuja ali iz pisnih virov), akcijsko raziskovanje (sistematično proučevanje poklicnih situacij, ki ga opravljajo tisti, ki so v te situacije vključeni) in podobno. Ker je raziskovalec v kvalitativni raziskavi neposredno vključen v okolje, mu to pomaga pri opazovanju proučevanega predmeta (Vogrinc, 2008, str. 15–29). Za raziskovalce s področja zdravstvene nege je pomembno tudi to, da lahko raziskovalec kot navaja Vogrinc (2008, str. 49): »Razume lahko tisto, kar je izraženo v racionalni govorici, pa tudi tisto, česar z besedami ni mogoče izraziti«. Pri tem pa se mora raziskovalec zavedati, da s svojo udeležbo in raziskovalno situacijo tudi sam vpliva na dogajanje, ki ga opazuje. Številni kvalitativni raziskovalci poudarjajo, da je namen njihovega raziskovanja ugotoviti, kako posamezniki vidijo, doživljajo in interpretirajo določeno situacijo, kakšen pomen ji pripisujejo. Zanima jih kako ljudje medsebojno komunicirajo, kako se vedejo, kako odgovarjajo na postavljena vprašanja, kako se njihova pričakovanja kažejo v njihovih ravnanjih, kakšen pomen pripisujejo posameznim dogodkom iz njihovega življenja ipd. Hkrati si kvalitativni raziskovalci lahko prizadevajo prikazati, kako se dogodki in vzorci časovno razvijajo (Vogrinc, 2008, str. 49–50).

Kvalitativno raziskovanje je raziskovalni pristop, ki temelji na fleksibilnih raziskovalnih metodah in poskuša vnaprej čim manj omejevati področje raziskovanja (Parahoo, 2006, str. 65). Za analiziranje kvalitativnega gradiva se uporabljajo predvsem štiri oblike analiziranja: vsebinska analiza, semiotična analiza (analiziramo simbole), hermenevtična analiza (proučevanje besedila, torej proučevanje izjav o izkušnji) in

kvalitativna vsebinska analiza. Vsebinska analiza je oblika analiziranja pisnih gradiv, ki se uporablja predvsem v kvantitativnem raziskovanju (Vogrinc, 2008, str. 52–57).

Vogrinc (2008, str. 52–54) navaja, da se kvalitativno empirično raziskovanje usmerja na proučevanje posameznih primerov. Raziskovalne ugotovitve se nanašajo predvsem na enkratni prizor, saj večinoma potekajo kot študija le enega primera ali majhnega števila primerov. Analizi manjšega obsega so prilagojene tehnike zbiranja podatkov. Temeljne tehnike zbiranja podatkov, ki se uporabljajo predvsem v okviru kvalitativnega raziskovanja razdelimo na naslednje tri skupine: opazovanje, intervju in dokumenti. Izbira posamezne tehnike je odvisna od postavljenega raziskovalnega problema oziroma cilja raziskave. V mnogih kvalitativnih raziskavah, se uporabljajo kombinirano vse tri tehnike (Gojkov, 2007, str. 53). Raziskovalki Mirc in Čuk (2010, str. 163) sta izvedli kvalitativno raziskavo, ki je za namen študija primera varovanke z demenco Alzheimerjevega tipa v domskem okolju vključevala vse omenjene tehnike zbiranja podatkov. Ti so bili pridobljeni s pomočjo terapevtske komunikacije in opazovanja varovanke in aktivno udeležbo v procesu zdravstvene nege, z intervjuvanjem svojcev ter pregledom in analizo zdravstvenonegovalne dokumentacije. Cilj te raziskave je bil na izbrani študiji primera opisati in predstaviti negovalne probleme in potrebe za pacientko glede na simptome demence po teoretičnem modelu Virginie Henderson. S kvalitativnim raziskovanjem pa lahko poiščemo tudi ugotovitve, ki jih je mogoče v tem ali drugih primerih posplošiti na širšo populacijo. Pri tem je izbira enot (npr. pacienta/ov) pomembna, saj mora biti vzorec primeren oziroma relevanten za raziskavo. Pomembno je, da raziskovalec z izbranimi enotami pridobi potrebne informacije, s katerimi bo odgovoril na postavljena raziskovalna vprašanja.

Za ocenjevanje kakovosti znanstvenih spoznanj kvalitativnega raziskovanja se uporabljajo isti kriteriji kot v kvantitativnem raziskovanju: notranja in zunanja veljavnost, zanesljivost, objektivnost. Kakovost opravljenega kvalitativnega raziskovanja je navadno opredeljena z veljavnostjo. Raziskovalec lahko zagotovi izboljšanje konstruktivne veljavnosti z uporabo več virov podatkov, natančno opiše vso »pot« zbiranja podatkov in sklepanja, osnutek poročila posreduje v kritično presojo proučevanim osebam in jih v primeru participativne narave raziskave prosi za mnenje oziroma potrditev resničnosti zapisane vsebine tudi s podpisom pod raziskovalno poročilo. Parahoo (2006, str. 272–279) navaja, da mora biti potek kvalitativne raziskave natančno opisan, hkrati mora biti natančno opisan in teoretično pojasnjen raziskovalni problem, natančno napisano poročilo, opisan vzorec-enote, utemeljeni kriteriji za izbor enot (npr. kateri pacienti so vključeni v raziskavo). Opisane morajo biti tehnike zbiranja podatkov, potek zbiranja podatkov, opisana kvalitativna analiza podatkov, pojasniti ali smo uporabili odprti ali zaprti način kodiranja, teoretično utemeljeno oblikovanje posameznih kategorij, treba je opisati vsebinsko vsako kategorijo. Vogrinc (2008, str. 202–207) poudari, da je pri presojanju kakovosti znanstvenih spoznanj kvalitativnega raziskovanja treba posebno pozornost nameniti tehnikam zbiranja podatkov in ugotoviti, kako kakovostno je bil načrtovan in izpeljan postopek zbiranja podatkov. Pri opazovanju je treba preveriti notranjo veljavnost, torej koliko ugotovitve dejansko izhajajo iz proučevanega položaja, kako je raziskovalec vplival na raziskovani polo-

žaj (koliko časa je trajalo opazovanje) oziroma ali je raziskovalec opravil opazovanje tako, da je poskušal zmanjšati oziroma ugotoviti svoj vpliv na proučevani položaj. Za presojanje interpretacije intervjuja in oblikovanih sklepov, pridobljenih z intervjujem, sta pomembna natančna opisa vpraševanca in izpeljave intervjuja. Kakovost je večja, če so navedeni kriteriji, na podlagi katerih je bil vpraševanec izbran, in če je podan čim natančnejši opis te osebe ter vse informacije, ki jih je raziskovalec imel o njej že pred začetkom intervjuja.

Za ocenjevanje zanesljivosti pa je npr. pomembno, da raziskovalec natančno opiše postopke, ki jih je izpeljal med analizo, k večji zanesljivosti analize podatkov (kodiranje in celotna analiza podatkov) lahko pripomore tudi računalniško podprta obdelava, ki naj bi bila v primerjavi z ročno natančnejša. Kvalitativna analiza podatkov je vedno nekoliko subjektivna oziroma odvisna od raziskovalca, zato »ostaja« temeljni problem v ugotavljanju veljavnosti kvalitativnih raziskav, kako ugotoviti, koliko se raziskovalčeva pripoved oziroma razlaga proučevane situacije ujema z dejanskim. Številni avtorji (Vogrinc, 2008; Mesec, 1998; Sagadin, 2001) poudarijo strinjanje s kriterijem notranje veljavnosti avtorjev, ki se nanaša na to, »da je za presojanje kakovosti kvalitativnega raziskovanja pomembno, da izsledki raziskave čim bolj natančno razložijo proučevani pojav, da so vzorčni odnosi ugotovljeni, pojasnjeni in utemeljeni in da imajo vse ugotovitve oporo v zbranih podatkih.«

Poudariti je treba, da prvenstveni cilj kvalitativne raziskave ni prenosljivost ugotovitev na širšo populacijo. V okviru kvalitativnega raziskovanja poteka posploševanje na podobne primere. Ko raziskovalec konča raziskavo z oblikovanjem utemeljene teorije, dobijo bralci model, po katerem lahko izpeljejo podobno raziskavo in primerjajo ugotovitve iz svojih okoliščin. Z vidika zdravstvene nege je pomembno tudi to, da ugotovitve druge raziskave lahko potrdijo prvotno oblikovano utemeljeno teorijo ali jo dopolnijo. Tudi v okviru kvalitativnega raziskovanja imamo oblikovane kriterije, s katerimi lahko presojamo kakovost znanstvenih spoznanj, in ugotavljamo ali so ti usklajeni s temeljnimi značilnostmi kvalitativnega raziskovanja.

Kriterije kot so notranja in zunanja zanesljivost ter zunanja veljavnost, je v okviru kvalitativnega raziskovanja težko doseči, saj niso usklajeni z izhodiščnimi predpostavkami kvalitativnega raziskovanja. Pri ponovitvi raziskave se navadno pridobljene ugotovitve primerja z ugotovitvami prvotne raziskave. Problem pri tem kriteriju lahko nastane, zaradi številnih spremenjenih okoliščin (spreminjajo se proučevane osebe, npr. spremenjeno zdravstveno stanje pacienta, novo osebje pri izvajanju zdravstvene nege, okolje ipd.). Vogrinc (2008, str. 208) navaja, »da socialnih okoliščin ni mogoče »zamrzniti«, zato ne bi bilo pravično pričakovati, da bi lahko raziskavo izpeljali še enkrat popolnoma enako in bi bile ob ponovitvi določene raziskave ugotovitve enake kot prvič«. Pogoj za ponovitev raziskave je, da raziskovalec natančno opiše potek kvalitativne raziskave.

### **3 Demenca in vidik povezovanja praktičnih izkušenj v ZN z znanstveno-raziskovalnim področjem**

#### *3.1 Demenca in obravnava obolelih za demenco*

Starostnike prizadenejo številne kronične bolezni. Med temi so najpogostejše: diabetes, povišan krvni tlak, kardiovaskularne bolezni, respiratorne bolezni in rak. Poleg običajnih starostnih motenj je v starosti pogosta tudi demenca, za katero trpi v Sloveniji že več kot 32.000 ljudi. Po podatkih World Health Organisation iz leta 2012 živi v svetu kar 35,6 milijona oseb z demenco (Kobentar, 2012, str. 228). Demenca je bolezen, za katero so značilne bolj izrazite in moteče spremembe na področju mišljenja, čustvovanja in vedenja. Mirc in Čuk (2010, str. 164) navajata, da z naraščajočo starostjo strmo narašča tudi delež obolelih s to boleznijo. Predstojnik Kliničnega oddelka za bolezni živčevja na Nevrološki kliniki UKC Ljubljana, prof. dr. Zvezdan Pirtošek opozarja, da naj bi se zaradi staranja prebivalstva, ki je njen največji dejavnik tveganja v prihodnjih dveh desetletjih število starostnikov z demenco celo podvojilo. Opozarja na to, da na takšno »epidemijo demenc« v praksi, v nasprotju s pedagoško prakso, nismo dovolj pripravljeni. Pomanjkljiva je organizirana mreža centrov za kognitivne motnje, kadrovska podhranjenost na področju zdravstva in socialne oskrbe (Vošnjak, 2015, str. 19).

Demenca je sindrom, ki ga povzroča možganska bolezen (Mirc in Čuk, 2010, str. 163). Predstavlja značilen upad sposobnosti mišljenja, spomina, govora, učenja, presoje, zmanjšana je sposobnost orientacije. Spremljajo jo tudi nekatere osebne spremembe. Praviloma se bolezen začne neopazno ter postopoma napreduje, lahko pa je njen začetek nenaden. Demenca je lahko posledica različnih bolezni. Ena najpogostejših vrst demence je Alzheimerjeva demenca (Kogoj, 2009). Pri varovancu z demenco je zelo zmanjšana sposobnost samooskrbe na področju fizičnih, psihičnih in socialnih potreb. Oboleli za demenco ob tej bolezni trpijo tudi za eno ali več drugih bolezni, ki se med drugim kažejo z bolečino. Glede na stopnjo demence oziroma bolnikove zmožljivosti je pri izvajanju zdravstvene nege treba stalno prilagajati ukrepe, pomembno je vživljanje v svet bolnika in prilagajanje zmožnostim, potrebam in željam. Nekatere možne oblike psihosocialnih ukrepov vključujejo: prilagoditev okolja, primerno komunikacijo, skupinske prostočasne dejavnosti, telesno dejavnost, bazalno stimulacijo, multisenzorno stimulacijo, masažo, aromaterapijo, fototerapijo, muzikoterapijo, kognitivno stimulacijo ... (Darovec idr., 2014, str. 503). Ličen idr. (2010, str. 13) so na osnovi rezultatov izvedene kvantitativne raziskave zapisali naslednja štiri največkrat izbrana stališča, s katerimi so zaposleni v domu opisovali stanovalce z demenco: »stanovalci z demenco so nepredvidljivi, potrebujejo stalno nekoga v bližini, so prijazni/prijateljski, se vedejo brezciljno.«

#### *3.2 Kvalitativno raziskovanje in obravnava obolelih z demenco*

V nadaljevanju predstavljamo nekatere kvalitativne raziskave iz področja obolelih za demenco. Opravili smo pregled člankov iz revij (Obzornik zdravstvene vede, Zdravniški vestnik, JHS), ki obravnavajo omenjen problem. Ugotavljamo, da v obdobju med

leti 2005 in 2015, ne glede na vrsto raziskave, le nekaj člankov obravnava problem obolelih za demenco. Z namenom spodbujanja raziskovanja na področju zdravstvene nege in prenosa raziskav v prakso predstavimo rezultate preučevane teme in tako »odpiramo možnosti« za nadaljnja raziskovanja MS.

Kobentar (2014) predstavi raziskavo znanstvenih dokazov s področja ocene bolečine pri obolelih za demenco. Izvedena je bila vsebinska analiza šestnajstih znanstvenih besedil s področja razumevanja in ocene bolečine. Na osnovi izvedene kvalitativne raziskave je identificiranih naslednjih pet temeljnih vsebinskih kategorij: razlogi za bolečino pri osebah z demenco, spremljajoči znaki in značilnosti bolečine, uporabni instrumenti za ugotavljanje bolečine, zdravstvena obravnava bolečine in vloga medicinske sestre pri ugotavljanju bolečine. Glede na pridobljene rezultate priporoča Kobentar izboljševanje kakovosti zdravstvene nege tako, da se ocena bolečine pri obolelih za demenco obravnava celostno v kontekstu vedenjskih motenj, funkcioniranja in življenjskih pogojev. Predstavi vlogo MS in predlaga uporabo primerne instrumentarije, ki bo del standarda kakovostne obravnave. Pomembna je ugotovitev, da zdravstvena obravnava obolelih za demenco v Sloveniji nujno potrebuje nacionalne smernice, enotne standarde in protokole z dokazano najboljšimi izidi, ki bodo slehernemu prizadetemu omogočili kakovostno življenje brez bolečin. Opozarja, da je za MS pomembno omogočanje dodatnega izobraževanja in opolnomočenje za delo z obolelimi za demenco, saj so kot navaja »prav MS osrednji ključni člen kakovostne obravnave (Kobentar, 2014, str. 236). V tabeli 1 prikazujemo le del predstavljenih rezultatov sinteze znanstvene literature. V stolpcih, poimenovanih: kategorija, opis in avtorji, predstavimo rezultate kategorije vloge MS pri ugotavljanju bolečine.

Predstavljamo tudi raziskavo z naslovom: Ohranjanje življenjskih aktivnosti varovanca z demenco s pomočjo teoretičnih modelov zdravstvene nege raziskovalcev, katere avtorja sta Mirc in Čuk (2010, str. 166). Pri zbiranju podatkov za študijo primera je bila raziskovalka aktivno vključena v proces zdravstvene nege in je skupaj z varovanko izvajala negovalno-terapevtske aktivnosti. V metodološkem delu navedejo, da so z varovanko vzpostavili terapevtsko komunikacijo in uporabili metodo opazovanja z delno in popolno udeležbo, ki je potekala v časovnem obdobju treh tednov. Kot vir dokumentarnega gradiva je bil v raziskavi uporabljen zdravstveni karton, zdravstveno negovalna dokumentacija in opažanja negovalnega osebja zapisana v računalniškem programu, ki se uporablja za vpis predaje službe med delovnimi izmenami v socialnem zavodu. Podatke o poteku življenja varovanke z demenco, o poteku in razvoju bolezni so pridobili z intervjujem s sinom in hčerko varovanke. Izvedba intervjuja je bila vnaprej dogovorjena, posredovana so bila vnaprej pripravljena vprašanja. Pri obravnavanem primeru so za namen postopka analize podatkov postavili štiri negovalne diagnoze. Te so oblikovali na podlagi ocene stanja štirinajstih življenjskih aktivnostih glede na predhodno izbran model. Štiri negovalne diagnoze so zajemale opredelitev, opis diagnoze, vzroke, simptome in cilje. V rezultatih so natančno opisali oceno sposobnosti samooskrbe in pristope medicinske sestre po teoretičnem modelu Dorothee Orem (splošna samooskrba, razvojna samooskrba, odkloni od zdravja), sposobnosti varovanke in dejavnosti zdravstvene nege. Terapevtske aktivnosti zdra-

vstvene nege opišejo takole: »Povečanih potreb po samooskrbi varovanka ne zmore in ne zna zadovoljiti sama, zato mora medicinska sestra prevzeti vlogo terapevtske samooskrbe. Primanjkljaj v samooskrbi je izražen na področju prehranjevanja, odvajanja in izločanja, osebne higijene in oblačenja, spanja in počitka, komunikacije in zagotavljanja varnosti.«

*Tabela 1: Sinteza znanstvene literature po kategoriji vloga MS pri ugotavljanju bolečine*

<i>Kategorija</i>	<i>Opis</i>	<i>Avtorji</i>
<i>Vloga medicinske sestre pri ugotavljanju bolečine</i>	Preverjanje znanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov o obvladovanju bolečine pri obolelih za demenco pred, med in po tečaju za oceno bolečine.	Zwakhlen, idr. (2007)
	Medicinske sestre so v zadregi pri iskanju primernega instrumenta za oceno bolečine, zato opazovanje obnašanja za oceno stanja in pomisleki ob točkovanju.	Kaasalainen (2007); Gagon (2013)
	V preverjanje PASCLAC, instrumenta za izboljšanje ocene bolečine pri obolelih za demenco, je vključena medicinska sestra.	Cheung & Choi (2008)
	Medicinske sestre na Nizozemskem imajo daljše usposabljanje za delo z obolelimi za demenco in so vključene v raziskovanje. Usposabljanje medicinskih sester poteka skupaj z drugimi vključenimi v raziskavo. Vključene medicinske sestre so imele veliko izkušenj in visoko stopnjo znanja o demenci in bolečini.	Pieper, idr. (2011)
	Izvajajo se načrtovani nefarmakološki ukrepi. Vodijo se dnevniki, ki zagotavljajo dodatne informacije. Opazovalne instrumente izpisuje medicinska sestra.	Pieper, idr. (2011); Weitzel, idr. (2011)
	Medicinska sestra dela z bolnikom in prepozna vzroke za bolečino (zaprtje, osebna higiena itd.). Raziskovanje ji ponuja veliko izzivov za dobre medsebojne odnose, kontinuiteto informacij med zdravniki, medicinskimi sestrami in drugimi zaposlenimi.	Scott, idr. (2011)
	Ocenjevanje in zaznavanje intenzivnosti bolečine s PAINAD.	Mosele, idr. (2012)

*Vir:* Prirejeno po Kobentar, R. (2014). Celostni pristop k ugotavljanju in obravnavi bolečine pri obolelih za demenco: na dokazih podprta priporočila za dobro prakso. *Obzornik Zdravstvene nege*, 48 (3), 232.

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). Kot primer uporabe zaprtega kodiranja izvedemo kvalitativno analizo podatkov z vnaprej »znanimi« kodami. Za primer zdravstvene nege varovanke z demenco avtorjev raziskave Mirc in Čuk (2010) lahko določimo kodirne enote, kode in kategorije in

nato izvedemo proces zaprtega kodiranja. Kodirne enote določimo glede na štirinajst življenjskih aktivnosti, negovalne diagnoze kot kode in oceno stanja kot kategorijo. Mirc in Čuk (2010, str. 164) predstavita nujnost uporabe holističnega pristopa in individualnega načrtovanja zdravstvene nege. Primer ocene stanja za oceno stanja varovanke z demenco sta pridobili z opazovanjem, intervjujem svojcev in zdravstvenonegovalne dokumentacije. Na osnovi vseh zbranih podatkov sta v rezultatih predstavili analizo študije primera varovanke z demenco z vidika razvoja in poteka bolezni ter z vidika aktivnosti procesa zdravstvene nege. Ugotovitve utemeljujeta na osnovi rezultatov izvedene kvalitativne raziskave, kjer sta izvedli študijo primera. Individualno obravnavo posameznika sta utemljili z dejstvom, da »Pri načrtovanju zdravstvene nege izhajamo iz varovančevih potreb in iz potreb družine, saj bolezen ne prizadene samo bolnika, ampak tudi bližnje, ki zanj skrbijo.« V tabeli 2 je predstavljena analiza zdravstvene nege varovanke z demenco, kjer so v četrtem sklopu označeni pristopi pomoči, ki jih varovanka potrebuje.

Tabela 2: Analiza zdravstvene nege varovanke z demenco

Življenjske aktivnosti Vital activity	Samostojnost pri izvajanju življenjske aktivnosti Autonomous in executing vital activity		Ocena sposobnosti samooskrbe Evaluation of self-sufficiency capability					Pristopi pomoči / Help access						Vrednotenje / Evaluation						
	Da / Yes	Ne / No	1	2	3	4	5	Učenje Learning	Zagotavljanje okolja Providing of company and social support	Psihična podpora Psychological support	Fizična podpora Physical support	Vodenje in usmerjanje / Conducting and directing	Delat za varovanja ali namstvo tlega Working for or instead of the protégé	Ohranjena Preserved	Ni ohranjena Not preserved	Cilj dosežen Objective achieved	Cilj delno dosežen Partially achieved	Cilj ni dosežen / Obi. not achieved		
																			Samostojnost samooskrbe Autonomy of self-sufficiency	
Dihanje Respiration	✓		✓																	
Prehranjevanje, pitje Nourishment, drinking		✓					✓												✓	
Odvajanje, izločanje Purgation, excretion		✓					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓				
Gibanje, ustr. lega Movement, appropriate position	✓		✓																	
Spanje, počitek Sleep, rest		✓					✓		✓			✓	✓	✓					✓	
Oblačenje, stačenje Dressing, undressing		✓							✓		✓	✓	✓	✓		✓			✓	
Vzdrževanje tel. temp. Body temperature maintaining	✓		✓																	
Vzdrževanje os. higiene Maintaining of personal hygiene		✓					✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓			✓	
Izogibanje nevarostim Avoiding of danger		✓					✓				✓	✓	✓	✓		✓			✓	
Komuniciranje Communication		✓					✓		✓		✓	✓	✓	✓		✓			✓	
Verovanje Believe	X																			
Koristno delo Useful work	X																			
Rekreacija Recreation	X																			
Učenje Learning	X																			
X Ocena življenjskih aktivnosti zaradi upada kognitivnih funkcij ni bila možna Evaluation of vital activity is impossible because of decrease of cognitive functions			1 Samostojen Autonomous 2 Občasno odvisen Periodically dependent 3 delno odvisen Partially dependent 4 V večji meri odvisen In mostly dependent 5 Popolnoma odvisen Entirely dependent					Analiza je od tu naprej narejena samo za tiste življenjske aktivnosti, kjer je bil ugotovljen primanjkljaj The analysis is from here on made only for vital activity, where the deficiency was found												

Vir: Mirc, A. in Čuk, V. (2010). Ohranjanje življenjskih aktivnosti varovanca z demenco s pomočjo teoretičnih modelov zdravstvene nege. Obzornik zdravstvene nege, 44 (3), 170.



## 4 Razprava

Z vidika povezovanja praktičnih izkušenj v zdravstveni negi z znanstveno-raziskovalnim področjem je ključno, da raziskovalci na osnovi rezultatov raziskave predstavijo tudi predloge rešitev problema ter smernice za izvajanje zdravstvene nege pri obravnavi obolelih za demenco. Rešitev problema predstavijo npr. z omogočanjem izvajanja supervizije zaposlenih na varovanih oddelkih in nadaljnjem izobraževanju vseh, ki so v stiku z osebami z demenco. V smernicah za obravnavo bolnikov z demenco so, kot navajajo Darovec idr. (2014) podani v svetu najpogosteje priporočeni diagnostični postopki, hkrati svetujejo ustrezne preiskave v skladu z dobro zdravniško prakso obravnave bolnika z demenco.

Glede na to, da je celoten potek kvalitativne raziskave vedno odvisen tudi od posameznega raziskovalca, je v kvalitativni raziskavi treba upoštevati dejavnik, to je subjektivnost vsakega raziskovalca. Subjektivnost raziskovalca lahko povežemo z določenimi teoretičnimi predpostavkami iz katerih raziskovalec izhaja, analiza pa je odvisna tudi od njegovega znanja, izkušenj, stališč o obravnavanem problemu, osebnih navad in podobno. Zato je smiselno, da raziskovalec sledi cilju kvalitativnega raziskovanja in čim celoviteje spozna proučevani pojav ter korektno interpretira dobljene ugotovitve. Mirc in Čuk (2010, str. 171) v fazi vrednotenja raziskovanja opišeta na kakšen način so bili cilji doseženi. V razpravi navedeta, da iz študije primera in kvalitativne analize podatkov ugotovimo, da je uporaba obeh modelov pri delu z varovanci učinkovita. Po našem mnenju so poleg predstavljenih načinov analiziranja podatkov zelo pomembne raziskovalne ugotovitve MS, ki je bila aktivno vključena v raziskovanje in na osnovi izkušenj iz prakse predstavila različne vloge in pristope MS pri opisovanju ohranjanja življenjskih aktivnosti varovanke z demenco. Raziskava usmerja medicinske sestre k spoznanju, da aktivna raziskovalna vloga medicinske sestre v procesu zdravstvene nege pomembno vpliva na izboljšanje kakovosti življenja varovanca z demenco. Prihodnje možnosti in »vrednost« kvalitativnega raziskovanja vidita raziskovalki v individualni obravnavi posameznika, s katero lahko, kot sta zapisali raziskovalki, dosežemo, da na osnovi izvedene študije (opazovanja, intervjuvanja, dokumentiranja) čim bolj aktivno vključimo varovanca v zdravstveno nego in usmerjenost k povrnitvi samostojnosti. »To lahko dosežemo, če zdravstveno nego načrtujemo individualno, z upoštevanjem vseh življenjskih aktivnosti in natančno oceno sposobnosti samooskrbe.« Članek prikaže kako nadgraditi praktične izkušnje in specialna znanja na področju zdravstvene nege s kvalitativnimi raziskovalnimi postopki ter tako pridobiti nova znanja in izkušnje, ki jih je mogoče prenesti v prakso.

Tudi Telban in Milavec Kapun (2013) obravnavata različne pristope k obravnavi oseb z demenco. Ugotovita, da je zelo malo strokovnih in znanstvenih prispevkov, ki bi prikazovali različne modele obravnave oseb z demenco v Evropi. Priložnosti za nadaljnje raziskave so po njunem mnenju predvsem na posameznih področjih obravnave pacientov, npr. uporaba sodobne tehnologije, ter v praksah izven Evrope. Poudarita, da je potrebno razvijati alternative institucionalni oskrbi in pripraviti načrt ter strategije razvoja novih oblik obravnave oseb z demenco, temelječih na celostnem pristopu in

zmožnostih teh oseb (Telban in Milavec Kapun, 2013, str. 260–261). Področje zdravstvene nege bolnika z demenco in njegove družine je potrebno intenzivno razvijati in raziskovati, in to predvsem tam, kjer živi največ oseb z demenco, t. j. v domačem okolju. V tem prispevku ne obravnavamo vprašanja etičnosti v kvalitativnem raziskovanju – takšna vprašanja so pogosto zaradi značilnosti kvalitativnega raziskovanja še kompleksnejša kot v kvantitativnem raziskovanju.

## 5 Sklep

Menimo, da bo s skrbjo za starostnika in problemom staranja prebivalstva v Sloveniji postal v prihodnje vedno bolj aktualen prenos znanj in izkušenj med prakso in znanstveno-raziskovalnim področjem tudi za medicinske sestre, saj morajo te slediti novostim na svojem strokovnem področju in nova znanja in veščine prenesti v prakso. Na osnovi rezultatov raziskav vidimo, da raziskovalci priporočajo izdelavo in uporabo primerne instrumentarija, ki bo del standarda kakovostne obravnave pacienta. Iz rezultatov pridobljenih v praksi se priporoča, npr. da se ocena bolečine pri obolelih za demenco obravnava celostno v kontekstu vedenjskih motenj, funkcioniranja in življenjskih pogojev hkrati pa je v zdravstveni obravnavi obolelih za demenco v Sloveniji nujno potrebno oblikovati nacionalne smernice, enotne standarde in protokole z dokazano najboljšimi izidi, ki bodo slehernemu prizadetemu omogočili kakovostno življenje brez bolečin. V tem kontekstu je pomembna vloga MS, ki mora temeljiti na znanju in kompetencah.

## LITERATURA

1. Darovec, J., Kogoj, A., Kores Plesničar, B., Muršec, M., Pišljari, M., Pregelj, P. in Stokin, G. B. (2014). Smernice za obravnavo bolnikov z demenco. *Zdravniški vestnik* 83 (7), 497–504.
2. Gojkov, G. (2007). Kvalitativna istraživačka paradigma u pedagogiji. Vršac: Visoka škola strukovnih studija za obrazovanje vaspitača.
3. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2012). *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
4. Kobentar, R. (2014). Celostni pristop k ugotavljanju in obravnavi bolečine pri obolelih za demenco: na dokazih podprta priporočila za dobro prakso. *Obzornik Zdravstvene nege*, 48 (3), 227–237.
5. Kogoj, A. (2009). *Demenca. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*: učbenik, Ljubljana: Psihiatrična klinika.
6. Ličen, S., Trobec, I., Čemažar, M. in Plazar, N. (2010). Demenca-izzivi ali stiska zaposlenih v domovih za starejše. *Obzornik Zdravstvene nege*, 44 (1), 13–19.
7. Mesec, B. (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
8. Mirc, A. in Čuk, V. (2010). Ohranjanje življenjskih aktivnosti varovanca z demenco s pomočjo teoretičnih modelov zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 44 (3), 163–172.
9. Parahoo, K. (2006). *Nursing Research: Principles, Process and Issues*. London, England: Palgrave Macmillan.
10. Skela Savič, B., Zorc, J. in Hvalič Touzery, S. (2010). Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 44 (2), 89–100.

11. Streubert, J. H. in Carpenter Rinaldi, D. (2011). Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Lippincott: Williams & Wilkins.
12. Telban, U. in Milavec Kapun, M. (2013). Možnosti obravnave oseb z demenco. *Obzornik zdravstvene nege*, 47 (3), 260–267.
13. Vogrinc, J. (2008). Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
14. Vošnjak, A. (2015). Alzheimerjeva bolezen: Sprehod za spomin. *Zdravje, Dnevnik*.

## Utjecaj sociodemografskih obilježja na percepciju boli kod starijih osoba

UDK 616-009.7-053.9

**KLJUČNE RIJEČI:** bol, starije osobe, medicinska sestra, procjena boli

**POVZETEK** - Bol je vrlo teško definirati posebno u starijoj dobi, a doživljaj boli ovisi o osobnosti pojedinca, odgoju, okoline iz koje potječe i u kojoj se trenutno nalazi te o zdravstvenom stanju. Da bi pravilno procijenili bol zdravstveni radnici trebaju uzeti u obzir cijeli niz sociodemografskih faktora vezanih uz stariju osobu. Istražiti što sve može utjecati na doživljaj boli kod starijih osoba u institucionalnoj i vaninstitucionalnoj skrbi. Kod 83 ispitanika u dobi od 53 do 97 godina starosti od kojih je njih 40 smješteno u dom za starije i nemoćne osobe u kontinentalnoj Hrvatskoj, njih 18 u dom za starije i nemoćne osobe u primorju i njih 25 živi u vlastitom kućanstvu, vođena je standardna lista za procjenu boli na skali od 0 do 10. Pomoću metoda deskriptivne statistike i korelacijskih testova uspoređivana je razina boli sa sociodemografskim podacima o ispitanicima. U istraživanju je utvrđeno da spol i boravište ispitanika ima utjecaja na doživljaj boli, dok prebivalište i dob nemaju utjecaja na doživljaj boli. Kod osoba koje žive kod svoje kuće zabilježena je akutna bol, a kod onih u ustanovi kronična u većini slučajeva.

UDC 616-009.7-053.9

**KEY WORDS:** pain, elderly people, nurse, estimation of pain

**ABSTRACT** - Pain is hard to define, especially in an older age, and the experience of pain depends on the personality of an individual, their education, environment from which the individual originates from and where he or she currently lives, as well as on the person's health. To correctly estimate the pain, healthcare workers must consider a whole line of sociodemographic factors linked to the elderly person. To research everything that can affect the experience of pain by elderly people in and out of the institutional care. By 83 examinees in the age from 53 to 97 years, out of which 40 reside in a nursing home in continental Croatia, 18 in a nursing home by the seaside and 25 in their own home, a standard list for the estimation of pain has been designed on the scale from 0 to 10. With the help of descriptive statistics methods and correlation tests, the level of pain has been compared with the sociodemographic information about the examinees. The research has determined that the gender and the whereabouts of the examinee have an impact on the experience of pain, while the residence and the age do not have any impact on the experience of pain. In people living in their own home, an acute pain has been recorded, and in people living in an institution, the pain is mostly chronic.

### 1 Uvod

Najbrže rastući segment stanovništva u razvijenim zemljama danas su osobe starije od 65 godina. Procjena je da će broj ljudi starijih od 65 godina diljem svijeta, sa 506 milijuna od 2008 godine, do 2040. Porasti na 1,3 milijarde. (Kaye, Baluch, Scott, 2010) U Hrvatskoj prema popisu stanovništva iz 2011. godine broj osoba starih 65 i više godina je 758.633, odnosno 17,7 % ukupne populacije. (Ministarstvo socijalne politike i mladih Republike Hrvatske, 2014)

Starije osobe najčešće pate od kronične nemaligne boli, pa tako istraživanja pokazuju da je bol prisutna u gotovo 50 % osoba starijih od 65 godina u SAD-u. (Clarke i dr., 2012) Uzroci boli u starijoj životnoj dobi uglavnom su nemaligne prirode i uzrokovani su promjenama koštanog i mišićnog sustava. Starije osobe često pogrešno smatraju

da je bol normalna posljedica starenja te se ni ne javljaju liječniku sve dok ih bol ne počne ograničavati u aktivnostima svakodnevnog života. Kronična bol u starijih osoba ima za posljedicu smanjenu mogućnost samozbrinjavanja u svim aspektima, od kretanja, higijene, prehrane, odijevanja pa do odmora, spavanja i aktivnosti slobodnog vremena. Najčešće vrste boli prisutne kod starijih osoba su: reumatska bol, maligna bol, angina pectoris, postherpetička neuralgija, artritis, aterosklerotska ili dijabetička neuropatska bol, neuralgija trigeminusa, malnutricija, periferna vaskularna bolest, ishemijska bol. (Kaye, Baluch, Scott, 2010)

Bol kod starijih osoba često nije adekvatno tretirana zbog mnogo razloga koje trebamo tražiti u pogrešnim stavovima i predrasudama kako zdravstvenog osoblja, obitelji starije osobe i zajednice u cjelini, tako i u stavovima samih pacijenata. Kada govorimo o barijerama kod zdravstvenog osoblja razloge trebamo tražiti u nedostatku znanja o menadžmentu boli, zabrinutosti zbog regulatornog nadzora, strah od propisivanja opioda, vjerovanju da je bol dio starenja, vjerovanju da starije osobe sa kognitivnim deficitom manje osjećaju bol, osobnim iskustvima boli, nesposobnosti prihvaćanja da netko može osjećati bol iako ne pokazuje vanjske znakove. Kod obitelji pacijenta i samog pacijenta barijere nastaju zbog straha od popratnih pojava lijekova, zabrinutosti zbog razvoja ovisnosti, vjerovanja da je bol normalni dio starenja, vjerovanja da se ništa ne može učiniti u vezi boli u toj dobi, straha da će član obitelji biti »loš pacijent« ako će se žaliti na bol tako da i od strane pacijenata često ne dobijemo pravu informaciju o boli. (Touhy and Jett, 2014) Starije osobe u ruralnim područjima, koje žive same, imaju poteškoće vezane uz dolazak do liječnika i ljekarne, te samu nabavku lijekova i često prihvaćaju savjete osoba koje su im bliske bilo da su to susjedi, prijatelji ili članovi obitelji. Starije osobe smještene u dom za starije i nemoćne osobe imaju dostupniju liječničku pomoć i pomoć ostalog medicinskog osoblja zaposlenog u domu. U domu im je i osigurana nabavka lijekova i kontrola uzimanja lijekova, odnosno, savjet o najboljoj dinamici uzimanja lijekova. Ali i među medicinskim osobljem moguća je prisutnost predrasuda o boli kod starijih osoba.

U slijedećem poglavlju navedene su predrasude i činjenice o boli kod starijih osoba.

### *1.1 Činjenice i predrasude o boli u starijoj životnoj dobi*

U razgovoru sa starijim osobama često se može čuti rečenica: »Sve me boli, ali već sam star pa je to normalno.«, ili u razgovoru sa liječnikom: »Bole Vas noge? Koliko imate godina? To Vam je normalno.« Životna dob je značajan čimbenik koji djeluje na doživljaj boli. Poznato je da u funkciji dobi dolazi do slabljenja mnogih osjeta pa bi bilo logično da su stariji ljudi manje osjetljivi na bol od mlađih. Međutim, čini se da razlika u doživljaju boli u mlađih i starijih osoba nije uvjetovana smanjenom sposobnošću percipiranja bolnih podražaja kod starijih ljudi, već samo razlikama u ponašanju prema boli tj. prihvaćanju boli. (Havelka, 2002) Kako će se bol odraziti na pacijenta i kako će on pokazati da ga boli pod jakim je utjecajem njegove osobnosti, odgoja i društvenih normi u kojima je odrastao i živio. Neki će bol opisati kao osjećaj nelagode i tiho će trpjeti dok će drugi vrlo jasno i glasno dati do znanja da osjećaju jaku bol. Za medicinsku sestru je važno da shvati da je odgovor na bolni podražaj dio svakog

čovjeka, dio njegove ličnosti i da ne može biti isti kod svih ljudi. Također, izražavanje boli ovisi o tome s kim pacijent razgovara i u kakvom je odnosu sa tom osobom. Bol je uveden i u sestriinsku dokumentaciju kao indikator kvalitete, a neki autori ga navode i kao peti vitalni znak, te uistinu ne možemo zanemariti činjenicu da pacijenta boli bez obzira na njegovu dob i dijagnozu. U domovima za starije i nemoćne osobe zaposleno je medicinsko osoblje koje bi trebalo sa korisnicima, starijim osobama, ostvariti odnos povjerenja u kojem će starija osoba znati kome se i kada može obratiti u slučaju da osjeća bolove, a osoblje pri tome mora vjerovati pacijentu i postupati bez predrasuda i objektivno znati procijeniti stanje osobe. Isto tako u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koja je »prva uz pacijenta« je izuzetno važna dobra i objektivna procjena boli posebno kada su u pitanju starije osobe.

U tabeli 1 navedene su neke predrasude sa kojima se možemo susresti u radu sa starijim osobama i navedene su činjenice koje opovrgavaju te predrasude.

*Tabela 1:* Prikaz predrasuda i činjenica o boli kod starijih osoba

<i>Predrasude</i>	<i>Činjenice</i>
Bol je normalni dio starenja	Bol nije dio normalnih promjena koje nastupaju sa starenjem, ipak, njeno javljanje je češće u starijoj dobi
Osjetljivost na bol i njena percepcija se smanjuje sa porastom dobi	Nije istina, međutim, starije osobe imaju veću toleranciju boli zbog prilagodbe na njeno dugotrajno trajanje.
Ako se pacijent ne žali na bol, on ne osjeća bol	Osobe ne moraju prijaviti bol zbog različitih razloga, ali svedjedno osjećaju bol. Možda smatraju da je neprihvatljivo žaliti se na bol ili da su »naporni« osobama oko sebe pa čak i medicinskim sestrama.
Osoba koja nema funkcionalno oštećenje ili se na neki drugi način nosi sa boli nema značajnu bol	Pacijenti imaju različite reakcije na bol. Mnogi pacijenti je stoički podnose i ne predaju se boli.
Narkotici u liječenju boli nisu pogodni osim ako se koriste kraće vrijeme	Opioidni analgetici su često najbolji izbor za liječenje ozbiljne kronične boli kako bi se pomoglo vratiti funkcionalnu sposobnost osobi i poboljšati kvalitetu života
Potencijalno opasne popratne pojave opioidnih analgetika čine ih opasnim za stariju populaciju	Narkotici se sigurno mogu koristiti u starijoj životnoj dobi

## 2 Metode

Za potrebe istraživanja utjecaja sociodemografskih čimbenika na percepciju boli kod starijih osoba provedena je anketa na tri uzorka na različitim lokacijama i različitim osobina. Prvi uzorak uzet je među osobama koje se nalaze u domu za starije i nemoćne osobe u kontinentalnoj Hrvatskoj (Ivanec) njih 40, drugi je grupa od 25 ispitanika koji borave kod svoje kuće u skrbi patronažne službe na otoku Ugljanu, a treći uzorak od 19 ispitanika boravi u Domu za starije i nemoćne osobe Zadar.

Riječ je o osobama starije životne dobi pa je minimalna starost ispitanih 44 godine, dok najstarija ispitana osoba ima 97 godine. Prosječna starost svih sudionika ankete

je 81,7 godina, sa prosječnim odstupanjem od 8,07 godina. Istraživanje je bilo dobrovoljno i anonimno. Svakom ispitanika je u istom vremenskom periodu 6 – 12 puta procijenjena bol pomoću standardnog obrasca za procjenu boli koji se koristi u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi.

Svaki ispitanik je bol rangirao na skali od 0 – 10 gdje je 0 znak potpune odsutnosti boli, 1, 2 i 3 su ocjene podnošljive boli, 4, 5 i 6 su znaci jake boli, 7, 8 i 9 označavaju vrlo jaku bol, a 10 je nepodnošljiva bol. Podaci su obrađeni metodama deskriptivne statistike i korelacijskih testova programa MS Excel.

### 3 Rezultati

U uzorku od 84 ispitanika najmlađi ispitanik ima 44 godine, a najstariji 97. Od toga su 83 % žene, a 17 % muškarci.

Procjena boli kod ispitanika radila se periodički 1 – 2 puta mjesečno. Kod ispitanika koji žive u vlastitom domu procjena se vršila prema učestalosti posjeta patronažne sestre, a u domovima za starije i nemoćne osobe 1 ili 2 puta mjesečno. Ukoliko se mijenjala terapija analgeticima kod ispitanika, tada se procjena radila nekoliko dana nakon promjene terapije.

U tabeli 2 prikazane su prosječne razine boli prema spolu i mjestu stanovanja za ispitanike za koje je poznat prosječni intenzitet boli i spol i oni su uzeti u dalju obradu. U tabeli 3 zbirno su prikazani podaci za ispitanike za koje je poznat prosječni intenzitet boli i spol bez obzira na mjesto stanovanja.

Tabela 2: Prikaz ispitanika po spolu, mjestu stanovanja i razini boli

Procjena boli /spol	Bez bola 0	Podnošljiva bol 1,2,3	Jaka bol 4,5,6	Vrlo jaka bol 7,8,9	Nepodnošljiva bol 10
n=40 Caritasov dom Ivanec					
M	0	3	1	0	0
Ž	1	33	2	0	0
n=25 Patronaža Ugljan					
M	0	3	1	2	0
Ž	0	0	5	9	0
n=19 Starački dom Zadar					
M	0	2	2	0	0
Ž	0	10	6	0	0

Izvor: Upitnik za procjenu boli HKMS.

U procjeni boli prema spolu i mjestu stanovanja vidi se da ispitanici koji borave u svom domu i u skrbi su patronažne službe prijavljuju općenito više prosječne razine boli. Najveći broj korisnika domova za starije i nemoćne osobe prijavljuje podnošljive prosječne razine boli.

Tabela 3: Zbirna tabela po spolu i razini boli za sve ispitanike

Procjena boli /spol	Bez bola 0	Podnošljiva bol 1,2,3	Jaka bol 4,5,6	Vrlo jaka bol 7,8,9	Nepodnošljiva bol 10	Ukupno
M	0	8	4	2	0	14
Ž	1	43	13	9	0	66
Ukupno:	1	51	17	11	0	80*

Izvor: Upitnik za procjenu boli HKMS.

\*U tabeli su navedeni samo podaci o ispitanicima za koje je poznat prosječni intenzitet boli i spol.

## 4 Rasprava

Usporedbom prosječnih razina boli kod ispitanika i demografskih podataka te podataka o mjestu stanovanja pomoću korelacijskih testova postavili smo pet radnih hipoteza:

*H1. Spol ima utjecaj na percepciju boli, odnosno muškarci su skloni podnositi više razine boli od žena.*

Pošto je utvrđena empirijska vrijednost Hi-kvadrata (11,2202) veća od kritične vrijednosti sa 4 stupnja slobode na razini 5 % signifikantnosti (9,4877), hipoteza može se prihvatiti, pa zaključujemo: Procjena intenziteta boli ovisi o spolu osobe, tj. žene češće i lakše izražavaju bol nego muškarci koji su skloni podnositi više razine boli.

U našoj populaciji još uvijek nije prihvatljivo da muškarci otvoreno pokazuju bol. Ta osobina se u našoj kulturi pripisuje ženama. I u našem istraživanju dobili smo slične rezultate te možemo vidjeti da žene na ljestvici od 0 – 10 prikazuju više razine boli dok muškarci prikazuju niže razine boli.

*H2. Smještaj ima utjecaj na doživljaj intenziteta boli, odnosno osobe smještene u svome domu u pravilu prijavljuju više razine boli.*

Pretpostavka je da osobe koje su u instituciji imaju dostupno medicinsko osoblje kroz 24 sata, a samim tim i medicinsku pomoć u slučaju boli. S druge strane, osobe koje su u svojoj kući imaju veću razinu zadovoljstva što borave u svom domu i imaju različite aktivnosti potrebne u održavanju domaćinstva, pa možda zbog toga prijavljuju više razine boli.

U tu svrhu izračunali smo prosječnu vrijednost na skali procjene boli za starije osobe koje borave u instituciji (Caritasov dom Ivanec i Dom za starije osobe Zadar), a zatim za one iz Patronaže Ugljan (borave u svom domu). Varijablu ocjena boli za osobe koje borave u instituciji označili smo sa X, a one u svom domu s Y.

Koristeći statističku metodu t-testa dvaju nezavisnih obilježja, pomoću programa MS Excela dobili smo rezultat: Pošto je izračunata vrijednost t-testa (11,8823) veća od kritične vrijednosti (6,0796) prihvaćamo hipotezu pa možemo zaključiti da starije osobe smještene u svom domu, za razliku od onih koji borave u institucijama, prijavljuju višu razinu boli.



*H3. Mjesto prebivanja osobe (kontinentalna Hrvatska ili primorsko mjesto) ima utjecaja na procjenu intenziteta boli kod starijih osoba.*

Pretpostavka je da će topla i ugodna mediteranska klima biti blagotvornija za osobe koje žive blizu mora te da će zbog toga imati manje razine boli.

U ovom slučaju je vrijednost t-testa (2,805) manja od kritične (5,2525) pa se odbacuje hipoteza i možemo zaključiti: Percepcija intenziteta boli kod starijih osoba ne ovisi značajno o njihovom prebivalištu (kontinentalni ili primorski dio Hrvatske).

*H4. Dob osobe nema značajnog utjecaja na procjenu stupnja boli.*

Postoji predrasuda da osobe što su starije imaju slabiju percepciju boli. Želimo ju opovrgnuti.

Za sve ispitane starije osobe napravljena je usporedba godina života i prosječne vrijednosti na skali procjene boli: Starost (u god. ) označena je sa X, a prosječnu vrijednost na skali boli s Y. Za sve ispitane u anketi, prema podacima dobivenim u istraživanju izračunat je, korištenjem programa MS Excela, Pearsonov koeficijent linearne korelacije:  $r = -0,0687$ .

Taj rezultat pokazuje da je povezanost (korelacija) između starosti osoba i procjene na skali boli vrlo niska (gotovo zanemariva), pa se iz toga izvodi zaključak:

Ne može se prihvatiti tvrdnja (uvriježena predrasuda) da osobe što su starije imaju slabiju percepciju boli. Sa starenjem ne slabi percepcija boli. Najčešće se starije osobe naviknu na konstantnu bol te ju ne pokazuju.

*H5. Mjesto stanovanja osobe ima utjecaj na bol u smislu pojave kronične ili akutne boli.*

Pretpostavka je da osobe koje žive kod svoje kuće imaju češće akutnu bol, a one smještene u instituciju kroničnu bol te su zbog tih problema i došle u instituciju. Istovremeno, razina akutne boli je u prosjeku viša, a kronične nešto niža.

U tabeli IV prikazana je struktura (%) osoba prema vrsti boli (kronična- akutna) za osobe smještene u institucijama (uzorak iz Caritasovog doma u Ivancu i Staračkog doma Zadar) i napravljena je usporedba sa onom za osobe koje borave u svom domu (Patronaža Ugljan):

*Tabela 4: Prikaz ispitanika prema vrsti boli i mjestu stanovanja*

	<i>Akutna bol</i>	<i>Kronična bol</i>
Caritasov dom Ivanec Dom za starije Zadar	27,87 %	72,13 %
Patronaža Ugljan	72,22 %	27,78 %

Iz navedenih podataka može se uočiti puno veće učešće kronične boli kod osoba smještenih u ustanovama, dok kod osoba koje su kod kuće prednjači akutna bol.

Na temelju toga može se prihvatiti pretpostavljeni zaključak da osobe koje žive kod svoje kuće češće prijavljuju akutnu bol dok ispitanici koji žive u instituciji češće pate od kroničnog oblika boli.

Na temelju provedenog istraživanja može se zaključiti da postoje neki sociodemografski utjecaji na percepciju boli kod starijih osoba: spol i mjesto stanovanja mogu imati utjecaja na percepciju boli, međutim klima lokalnog područja i dob osobe nemaju utjecaja na percepciju boli s time da mjesto gdje čovjek živi i kako živi, odnosno, je li u instituciji ili nije ima utjecaja na karakter boli. Pri tome treba napomenuti da se procjena boli još uvijek ne radi u redovnoj proceduri niti u institucijama niti u patronažnoj službi, a ovo istraživanje bi moglo biti dobar poticaj i pokazatelj koliko je procjena boli kod starijih osoba važna.

## LITERATURA

1. Clarke, A., Anthony, G., Gray, D., Jones, D., McNamee, P., Schofield, P., Smith, B. H. and Martin, D. (2012). I feel so stupid because I can't give a proper answer ... How older adults describe chronic pain: a qualitative study. Pristupljeno 1. 10. 2015, s <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/12/78>.
2. Havelka, M. (2002). Zdravstvena psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Kaye, A. D., Baluch, A. in Scott, J. T. (2010). Pain Management in the Elderly Population: A Review. *The Ochsner Journal*, 10 (3), 179–187. Pristupljeno 1.10.2015, sa <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096211/>.
4. Ministarstvo socijalne politike i mladih Republike Hrvatske (21. 02. 2014) Pristupljeno 01. 10. 2015, sa [http://www.mspm.hr/djelokrug\\_aktivnosti/odrasle\\_osobe/starije\\_i\\_nemodne\\_osobe](http://www.mspm.hr/djelokrug_aktivnosti/odrasle_osobe/starije_i_nemodne_osobe).
5. Touhy, T. A. in Jett, K. F. (2014). Ebersole and Hess *Gerontological Nursing and Healthy Aging*, 4th ed., Mosby, St. Louis, Missouri, USA.

## Vpliv bolezni na kakovostno staranje

UDK 316.728-053.9

*KLJUČNE BESEDE:* starostniki, kakovost življenja, bolezni

*POVZETEK* - Dandanes se prebivalstvo stara. Starost sama po sebi ni bolezen, vendar z leti narašča obolevnost za kroničnimi boleznimi, te pa starostniku zmanjšujejo kakovost življenja. Za kakovostno starost so pomembni dobri medčloveški odnosi, preprečevanje osamljenosti, premagovanje predsodkov pred starostjo, pripomore pa tudi materialna preskrbljenost in krepitev mentalnih sposobnosti. V starosti se telo spremeni, starejši so bolj dovzetni za razvoj številnih bolezni, spremeni se resorbcija zdravil, spremeni se tudi delovanje čutil. Uporaba pripomočkov (slušni aparat, hujica idr.) izboljša kakovost življenja. Z zdravim življenjskim slogom, pravilnim jemanjem zdravil ter v primernem socialno-ekonomskem okolju je številne bolezni možno zdraviti in nadzirati. Problem predstavljajo tudi duševne bolezni, demenca in depresija. Zaradi številnih bolezni je pogosto potrebna hospitalizacija, pogostejši so zapleti po operacijah in boleznih, pogostejši so tudi stranski učinki zdravil. Številni starostniki vsakodnevno trpijo bolečine, ki zmanjšujejo njihovo kakovost življenja in lahko vodijo v nastanek duševnih motenj.

UDC 316.728-053.9

*KEY WORDS:* elderly, quality of life, disease

*ABSTRACT* - Nowadays, the population is growing older: the old age in itself is not a disease, however, the prevalence of chronic diseases increases with age, which in turn reduces the quality of life of the elderly. For a high-quality life in the old age, a good interpersonal relationships, preventing loneliness and overcoming prejudices against the old age are especially important, but it also helps to be financially secure and to strengthen one's own mental capacities. In the old age the body changes, the elderly are more susceptible to the development of many diseases, the absorption of drugs is altered, and so is the functioning of the senses. Using devices (hearing aids, walking aids, etc.) improves the quality of life. With a healthy lifestyle, proper intake of medications and an appropriate socio-economic environment, many diseases can be treated and controlled. Another problem is represented by mental disease, dementia and depression. Due to many diseases hospitalisation is often required, there is a higher incidence of complications after surgery and diseases, and side effects of medications are also more common. Many elderly people suffer from daily pain that diminishes their quality of life and can lead to the emergence of mental disorders.

### 1 Uvod

Že nekaj let se soočamo z dejstvom, da se prebivalstvo stara. Do tega prihaja zaradi zniževanja rodnosti, zmanjševanja smrtnosti oz. podaljševanjem življenjske dobe (Vertot, 2010). Obdobje starosti je težko opredeliti. Lahko se jih opredeli med starejše ljudi takrat, ko se spremeni njihova družbena vloga (npr. ob upokojitvi), ali po starostni shemi, kjer so osebe nad 60 let starejši odrasli in osebe nad 65 let stari. Tudi starejše osebe lahko razvrstimo v več starostnih skupin: v prvi so osebe, stare 65-74 let, v drugi so osebe, stare 75-84 let, v tretji pa nad 85 (Vertot, 2010).

Napovedi kažejo, da bo leta 2020 v Sloveniji vsak peti prebivalec starejši od 65 let (Rupert in Vilič Klenovšek, 2010). Trend staranja bo neugodno vplival na finančno vzdržnost sistema zdravstvenega varstva (Medved in Tičar, 2008). Starost sama po sebi ni bolezen, je pa v tesni povezavi, saj z leti narašča obolevnost za kroničnimi boleznimi, te pa povečujejo potrebe po hospitalizaciji, zdravlilih in medicinskih pripo-

močkih. Povečuje se število starejših, ki so osamljeni, onemogli in nesposobni sami poskrbeti zase in zadovoljiti življenjske potrebe (Toth, 2004).

## 2 Kakovost življenja starostnika

Kakovost življenja niso le posameznikove finančne zmožnosti, torej ne le to, koliko zaslužimo in kaj si kupimo, temveč je povezano z občutkom zadovoljstva z lastnim življenjem. Visok življenjski standard še ne pomeni visoke ravni kakovosti življenja (Vrabič Kek, 2012). Vendar pa je znano, da se z upokojitvijo gmotni položaj ljudi poslabša. Redni prihodek se zniža in to vodi v slabši finančni položaj, ta pa je eden osnovnih dejavnikov za kakovostno življenje (Hlebec, Kavčič in Ogulin Počrvina, 2013). Dandanes ženske, stare nad 65 let, ki živijo same, spadajo med najrevnejše prebivalce Slovenije, saj jih skoraj polovica živi pod pragom revščine- Mnogi starejši se počutijo odrinjeni, izolirani, ogroženi in zlorabljeni zaradi različnih dogodkov: zniževanja pokojnin, neupoštevanja predlogov, spodbujanja medgeneracijske nestrpnosti in nasilja na različnih ravneh (Kožuš Novak, 2011).

Za kakovostno starost so pomembni dobri medčloveški odnosi, preprečevanje osamljenosti, premagovanje predsodkov pred starostjo in odpravljanje marginaliziranosti starejših. K boljši kakovosti življenja pripomore materialna preskrbljenost, ukvarjanje s hobiji in krepitev mentalnih sposobnosti (Javornik, 2006). Vendar ne gre le za to. Pomembna je zavestna skrb za ohranjanje in krepitev človekove svobode in samostojnosti v odločanju; učenje in ustvarjalnost v skladu z zdravjem, razmerami in sposobnostmi; zavedanje o smislu preteklosti, sedanjosti in prihodnosti in sprejetje staranja, osmisliti rojstvo in smrt (Ramovš, 2003). Psihično blagostanje, občutje sreče in zadovoljstva ter drugi vidiki doživljanja kakovosti življenja so v veliki meri odvisni od osebnostnih značilnosti (Musek, 2012). Veliko starostnikov ne doživlja kakovostne starosti, kar pa je odvisno od kriterijev, socialnega stanja in pričakovanj. Kakovostno starost namreč omogočajo mnogi zdravstveni, socialni, vedenjski in psihološki dejavniki. Primarni so zdravstveni, saj za bolnega človeka težko ocenimo, da doživlja kakovostno starost. Nasprotno pa dobro zdravje ne zagotavlja kakovostne starosti, nujni spremljevalci so dobro počutje, zadovoljstvo s seboj in topli socialni odnosi. Starejši so pogosto osamljeni, ker njihovih vrstnikov ni več, se ne znajdejo v spremenjenem svetu ali se ne razumejo v svoji družini (Kadiš in Šiplič, 2002). Osamljenost je velik problem pri starejših, ki izgubijo partnerja in jim njihovi otroci ne vlivajo zaupanja oz. odnosi z njimi niso dovolj pogosti. Starejši, ki so odvisni od pomoči drugih, so pogosteje žrtve zlorabe, tako fizične kot psihične zlorabe ali zanemarjanja (Kogoj, 2011).

Pomembno vlogo imajo razna društva in skupine, ki starejšim omogočajo reševanje raznih življenjskih tegob, jim lajšajo duševne bolečine, omogočajo skupna potovanja in praznovanja ter jim omogočajo dobre medsebojne odnose (Kadiš in Šiplič, 2002).

Na dobro počutje in zdravje pa pomembno vplivata zdrava prehrana in redna telesna dejavnost. Uravnotežena prehrana ob normalni prehranjenosti ohranja telesno moč, v kombinaciji z miselno aktivnostjo in redno telesno dejavnostjo pa ohranja in varuje

duševno zdravje (Vertot, 2010). Preventivni pregledi so usmerjeni v odkrivanje okvar in kroničnih degenerativnih bolezni, v izboljšanje splošnega telesnega in duševnega zdravja prizadetih ter s tem samostojnost, posledično bi obnovili tudi njihovo družbeno funkcijo (Kocijan, 2002).

### 3 Spremembe v starosti

Staranje organizma postopoma privede do oslabljenega imunskega sistema, razvijejo se anatomske in funkcionalne spremembe (Videčnik Zorman in Marasapin Čarman, 2010). Zmanjša se pretok krvi skozi možgane, zmanjša se tudi delovanje prebavil, organi težje delujejo uravnoreženo, saj se zmanjša celokupna voda v telesu. Maščobno tkivo se poveča, mišična masa se zmanjša (Kržan in Budihna, 2005). V želodcu se poveča pH, zmanjša se površina tankega črevesja in prekrvavitvev, praznjenje želodca je upočasnjeno, zmanjša se tudi glomerulna filtracija in pretok krvi skozi ledvice. Vse to povzroči spremembe pri resorpciji zdravil in poveča možnost za nastanek neželenih učinkov (Lejko-Zupanc, 2012).

V starosti nastane atrofija okušalnih brbončic v ustih, zmanjša se salivacija. Ob tem je uživanje hrane oteženo, ustnice in sluznica je razpokana, okušanje hrane je moteno, pogosta so glivična obolenja. Zmanjša se občutek za žejo, običajno pomanjkljivo zobovje pa ovira žvečenje hrane. Uživanje hrane in pijače je lahko oteženo zaradi tresenja ali sunkovitih premikov rok ali glave in bolečin v rokah, motene koordinacije gibov in oteženega požiranja (Kobentar in Marinič, 2000).

Zmanjšajo se organi, zmanjša delovanje ledvic in jeter, okrnjena je moč dihalnih mišic in zmanjšan krvni obtok v možganih (Grobler, 2010). Staranje spremlja tudi spremenjeno delovanje čutil – motnje vida, sluha, okusa. Te spremembe lahko vodijo v socialno izolacijo starostnika, vodijo v osamljenost in depresijo. Nekatera zaznavanja lahko okrepimo s pripomočki (očala, slušni aparat) in s prilagoditvijo bivalne okolice starostnika. Na ta način se lahko kakovost starostnikovega življenja izboljša (Kos in Sedej, 2012). Nekateri starejši ljudje, ki slabo slišijo, to neradi priznajo, kar lahko vodi v zmotno mnenje o njihovi prištevnosti zaradi neprimernih odgovorov (Kocjančič, 2010). Nezdravljene motnje vida vodijo v omejitvev telesnih dejavnosti, povečano pogostnost padcev, depresijo, socialno osamitev in odvisnost (Jaki Mekjavič, 2008).

Starostniki so zaradi starostnih sprememb, tako fizičnih kot psihičnih, prometno ogrožena skupina, zato potrebujejo preventivne ukrepe, ki jim omogočajo vključevanje v cestni promet, seveda tistim, ki jim psihofizične zmogljivosti to dovoljujejo (Vertot, 2010). V prometu so ogroženi zaradi slabovidnosti, izgube ravnotežja, onemoglosti in ravnanj drugih udeležencev v prometu. Ogroženi pa so tudi v primeru naravnih ali drugih nesreč, saj imajo omejene možnosti pobega zaradi nemobilnosti, pozabljenosti ali arhitekturnih ovir. Izpostavljeni so strukturnim tveganjem zaradi čakalnih dob v zdravstvenem sistemu, premalo prostora v domovih za ostarele, neprilagojenega javnega prometa in urbanističnih sprememb (Hlebec, Kavčič in Ogulin Počrvina, 2013).

## 4 Obolenja starostnikov

Staranja ne moremo preprečiti, lahko pa človek ostane vitalnejši z zdravim načinom življenja, velik vpliv ima starostnikovo socialno in ekonomsko okolje, zunanje okolje ter osebne značilnosti in življenjski slog (Vertot, 2010). Starejše osebe pogosto oblevajo za več kroničnimi degenerativnimi boleznimi, in sicer pojavljajo se simptomatske degenerativne spremembe na sklepih, okvare sluha in motnje vida, arterijska hipertenzija, aterosklerotične bolezni, sladkorna bolezen tipa II, maligne bolezni in kronična obstruktivna pljučna bolezen, pa tudi demenca in depresija (Šabovič, 2005). Osebe, ki imajo sočasno težave zaradi več bolezni, so bolj prizadete, potek zdravljenja pa je težji in daljši (Eržen in Govc-Eržen, 2005).

Mnoge bolezni starostnikov lahko zdravila zaustavijo, izboljšajo in so celo nujna za preživetje (Kržan in Budihna, 2005). Pogosto se zgodi, da imajo starostniki ob jemanju zdravil težave zaradi svojih napak, in sicer zaradi samoiniciativnega spreminjanja odmerkov, opuščanja določenih zdravil, neuporabe zdravil, podvajanje zdravil iz iste farmakološke skupine, izposojanja zdravil drugih oseb idr. (Potočnik Benčič, 2010).

Starejši, ki živijo v domu starejših, so zaradi starosti, slabega zdravstvenega stanja in življenja v ustanovi za dolgotrajno nego še posebej izpostavljeni okužbam. Ob tem je cepljenje eden izmed najpomembnejših javnozdravstvenih ukrepov za preprečevanje in obvladovanje nalezljivih bolezni (Petek Šter, 2008).

## 5 Zapleti zdravljenja

Zaradi zmanjšanega delovanja organizma se starostnik težje prilagodi spremenjenim pogojem in večjim obremenitvam, kadar pride do njih. Kronične bolezni v starosti pogosto vodijo v hospitalizacije, kot zaplet le-te pa se pojavljajo bolnišnične okužbe. Pogosteje kot mlade osebe jih spremljajo zapleti ob operativnih posegih (Poredoš, 2004). Premestitev starostnika v drugo okolje, npr. v bolnišnico, lahko sproži prilagoditveno motnjo, depresivno razpoloženje, poslabšanje sposobnosti osebe z demenco ali povzroči neorientiranost. Zato je pomembno, da se starostnik čimprej vrne v domače okolje ali, če je mogoče, da se postopek in zdravljenje izvede ambulantno (Kogoj, 2011).

Kadar se hospitalizaciji ni mogoče izogniti, je pomembno spodbujanje mobilnosti izven postelje zaradi preprečevanja kontraktur, izogibanje vstavitvi urinskega katetra, uporaba pripomočkov za hojo, bolnišnično okolje pa naj spodbuja neodvisnost starostnika, ter aktivnosti za povečevanje stopnje neodvisnosti. Bolniška soba naj bo primerno opremljena, zdravstveno osebje pa ustrezno izobraženo in usposobljeno. Cilj zdravstvene oskrbe je, da bi posameznik ostal čim dlje zdrav, saj so zdravi ljudje dlje časa aktivni v družbi, zmanjša se potreba po zdravstvenih storitvah. Doseženi cilji vodijo v kakovostno življenje posameznika in celotne družbe (Skela Savič, Hvalič Touzery, Zurc, 2010).

Šabovič (2004) meni, da bi bila najboljša rešitev za starejše paciente, ki potrebujejo hospitalizacijo, bolnišnica na domu. Starostnik bi v tem primeru bival doma, zdravnik in medicinska sestra pa bi izvajala zdravljenje in zdravstveno nego podobno kot v bolnišnici. V tujini se mobilne bolnišnice že izvajajo in izboljšujejo kakovost zdravljenja starejših.

Izogibati se je potrebno hospitalizaciji starostnika le zaradi nege, kar se v praksi pogosto dogaja. Starostnik naj bo hospitaliziran le v primeru, ko obstaja medicinska indikacija ali takrat, ko od bolnišničnega zdravljenja pričakujemo izboljšanje zdravstvenega stanja. Zaželeno je, da svojci obiskujejo pacienta idr. elujejo pri postopkih, ki se izvajajo v bolnišnici (Šabovič, 2004).

Kadar starostnik potrebuje operativni poseg, je pomembno, da v obravnavi sodelujejo strokovnjaki z različnih področij, in sicer izbrani osebni zdravnik, kirurg, internist, anesteziolog, radiolog, fizioterapevt, negovalno osebje, socialni delavec, svojci in drugi (Zajec, 2004). Pred operativnim posegom starostnik potrebuje poglobljeno psihično pripravo, ki je prilagojena njegovemu razumevanju in dožemanju. K dobri pripravi lahko veliko pripomorejo svojci. Potrebna je tudi kondicijska priprava, v primeru izsušenosti in podhranjenosti parenteralna prehrana. Pred posegom smo pozorni, da pacient ne dobi terapije, ki bi mu zaradi anestezije lahko škodovala, odstranimo zobno protezo in druge pripomočke, poskrbimo za preventivo razjede zaradi pritiska in poostriamo skrb za intimno nego pacienta. Zaradi starosti večkrat pride do zapletov, kot so bolnišnična okužba, sladkorna bolezen postane neurejena, izguba teže za več kot 10 %, ishemija tkiva, anemija, hemodinamska nestabilnost in drugih (Zrim, 2010). Po kirurškem posegu so pogosto potrebni veliki telesni, duševni in gmotni napor, da se operirani starostnik v izboljšanim stanju vrne v svoje bivalno okolje (Zajec, 2004).

Medicinska sestra v bolnišnični vlogi deluje zdravstveno vzgojno. Starostnika in svojce educira o potrebnem, npr. o dajanju injekcij ali ravnanju s stomo. Navodila naj bodo jasna in izvedena tudi praktično. Spretnost je potrebno s starostnikom ponavljati toliko časa, da bo znal, nato preveri znanje tudi z vprašanji. Za domov lahko dobi tudi pisna navodila (Gašparovič, 1999).

## 6 Duševne motnje v starosti

Številni starostniki vsakodnevno trpijo bolečine, nezdravljena bolečina pa lahko vodi v depresijo, čustveno neravnovesje, anksioznost, nespečnost, telesno nezmožnost in poslabšanje spremljajočih bolezenskih stanj. Starostniki menijo, da je njihova bolečina kazen za grehe iz preteklosti, da je bolečina normalen del staranja in da je bolečina znak hude bolezni. V nekaterih primerih nočejo obremenjevati svojcev, ali pa menijo, da bolečina napoveduje smrt (Godec in Omejc, 2004).

Mnoge telesne bolezni v starosti lahko sprožijo duševno motnjo, ali pa jo sprožijo številna zdravila, ki jih jemljejo starostniki. Velja pa tudi, da duševne motnje in psihotropna zdravila vplivajo na potek telesnih bolezni (Kogoj, 2011).

Številni starostniki imajo težave zaradi sindroma z upadom spoznavnih sposobnosti-demenco. Ta otežuje ali onemogoča izvajanje dnevnih aktivnosti, onemogoča sposobnost za obvladovanje čustev, socialnega vedenja in motivacije. Značilen je upad spominskih sposobnosti, sposobnosti govornega izražanja, nezmožnost uporabe motoričnega aparata, težave z zaznavanjem in številne vedenjske in psihične spremembe (Kogoj, 2011).

V starosti se lahko prvič pojavi depresija, tudi v sklopu bipolarnе motnje, prilagoditvene motnje ali kot organska razpoloženska motnja. Ker se nekateri vidiki bolezni lahko razlikujejo od depresije v mlajših življenjskih obdobjih, jo lahko hitreje spregledamo. Starejši ljudje z depresijo namreč redkeje navajajo žalost, pogosteje se pritožujejo zaradi telesnih težav, navajajo težave s spominom, pogosto se zmanjšata apetit in motivacija, pojavijo se tudi vedenjske spremembe in izrazitejša tesnoba. Za depresijo trpi najmanj 20 % bolnikov v prvem letu po možganski kapi, ki zaradi tega težko sodelujejo v rehabilitacijskih programih. Pogostejša je tudi pri bolnikih s sladkorno boleznijo in kronično obstruktivno pljučno boleznijo, rakom, Parkinsonovo boleznijo ter po zlomu stegenice (Kogoj, 2011).

Med starejšimi je zelo pomembna prepoznava depresije, predvsem zato, ker so ta stanja pri njih težje opazna in spremembe čustvovanja manj izrazite. Težnja po smrti pri starostnikih je lahko posledica duševnih motenj ali telesne opešanosti, osamljenosti in potrebe po pomoči (Turk in Kersnik, 2008). Pomembno je, da prepoznavamo in ločimo depresijo od demence. Začetni znaki demence so lahko podobni drugim telesnim ali duševnim boleznim. Tako pri depresiji kot pri demenci se lahko pojavi razdražljivost, depresivno razpoloženje in izguba zanimanja za dogajanja v okolici. Za zdravljenje se uporabljajo psihotropna zdravila, vendar je potrebna pazljivost, saj so starejši večinoma bolj občutljivi na učinke in stranske učinke (Ziherl in Tomori, 1999).

## 7 Sklep

Vsak človek si želi imeti ob sebi ljudi, s katerimi se pogovarja in mu zaupa svoje stiske. Starostniki se počutijo osamljene, ker mnogokrat ostanejo brez ljubljene osebe ali prijateljev, otroci in vnuki pa imajo svoje obveznosti, in tako se starejši počutijo v nadelgo. Osamljenost in žalost lahko vodita v depresijo, ki pomembno zmanjša kakovost življenja. Mladi bi se morali zavedati, da nas izkušnje in nasveti, ki nam jih predajo starejši, bogatijo in nas lahko veliko naučijo. Stvari, ki so nam mladim samoumevne, so lahko za starejše velik problem. Pa tako malo je treba, da starejšim polepšamo dan, že nekaj minut druženja ali pomoč pri premagovanju stopnic in polepšali bomo dan starejši osebi, ki bo hvaležna za našo pomoč. Zavest, da smo storili nekaj dobrega, pa bo tudi nam polepšala dan. Pri našem delu v bolnišnicah in domovih za ostarele pa bodimo pozorni na starejše, zavedajmo se, da se v bolnišničnem okolju običajno ne znajdejo najbolje, spodbujajmo jih in jim pomagajmo, da čim dlje ostanejo samostojni pri izvajanju življenjskih aktivnosti.



**LITERATURA**

1. Eržen, I. in Govc-Eržen, J. (2005). Javno zdravstven pomen sočasnih bolezni in stanj. V J. Kersnik (ur.), *Sočasne bolezni in stanja* (str. 7–10). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
2. Gašparovič, M. (1999). Kakovost življenja starostnikov v domskem varstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 33 (3/4), 187–182.
3. Godec, M. in Omejc, H. (2004). Obvladovanje bolečine pri starostnikih. *Zdravniški vestnik*, 73 (10), 777–781.
4. Grobler, P. (2010). Kdo so starostniki? V P. Fiala (ur.), *Zdravila in starostniki* (str. 3–8). Ljubljana: Slovensko farmacevtsko društvo.
5. Hlebec, V., Kavčič, M. in Ogulin Počrvina, G. (2013). Staranje, izziv za izobraževanje in medgeneracijsko sodelovanje. Pridobljeno 9. 9. 2015, s [http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/odrasli/Gradiva\\_ESS/NIO/NIO\\_36ZLUS\\_Staranje.pdf](http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/odrasli/Gradiva_ESS/NIO/NIO_36ZLUS_Staranje.pdf).
6. Jaki Mekjavič, P. (2008). Starostnik in motnje vida. *Zdravniški vestnik*, 77 (12), 823–826.
7. Javornik, J. S. (2006). Socialni razgledi. Pridobljeno 30. 8. 2015, s [http://www.umar.gov.si/fileadmin/user\\_upload/publikacije/socrazgledi/SR2006.pdf](http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/socrazgledi/SR2006.pdf).
8. Kadiš, D. in Šiplič, V. (2002). Psihosocialni vidik staranja. Pridobljeno 9. 9. 2015, s <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-C4Z9B0KD>.
9. Kobentar, R. in Marinič, M. (2000). Organske spremembe in motnje prehranjevanja v starosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 34 (5/6), 209–214.
10. Kocijan, M. (2002). Preventiva pri starostniku. V I. Švab in D. Rotar Pavlič (ur.), *Družinska medicina* (str. 663–677). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva in Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete Ljubljana.
11. Kocjančič, A. (2000). *Klinična preiskava*. Ljubljana: Littera picta.
12. Kogoj, A. (2011). *Duševne motnje in stiske v starosti*. Celje: Visoka zdravstvena šola.
13. Kos, N. in Sedej, B. (2012). Motnje funkcije čutil v starosti in njihov pomen za sposobnost funkcioniranja starostnika. *Rehabilitacija* (Ljubljana), 11 (1), 118–122.
14. Kožuh Novak, M. (2011). Odnos do starejših v slovenski družbi. *Varuh*, 14, 10.
15. Kržan, M. in Budihna, V. M. (2005). Staranje in farmakologija staranja. Pridobljeno 8. 9. 2015, s [http://www.id.gov.si/fileadmin/id.gov.si/pageuploads/Varnost\\_in\\_zdravje\\_pri\\_delu/KONFERENCA/5\\_Konferenca/star\\_org-zdravila\\_12-05.pdf](http://www.id.gov.si/fileadmin/id.gov.si/pageuploads/Varnost_in_zdravje_pri_delu/KONFERENCA/5_Konferenca/star_org-zdravila_12-05.pdf).
16. Lejko-Zupanc, T. (2012). Posebnosti okužb in rabe antibiotikov pri starostnikih. Pridobljeno 8. 9. 2015, s [http://www.szpz.info/content/2012/doc\\_dr\\_lejko\\_zupanc-posebnosti\\_okuzb\\_pri\\_starostniku.pdf](http://www.szpz.info/content/2012/doc_dr_lejko_zupanc-posebnosti_okuzb_pri_starostniku.pdf).
17. Medved, R. in Tičar, Z. (2008). Pogled ministrstva za zdravje na staranje prebivalstva in ukrepi za zadovoljevanje potreb starostnikov. *Zdravniški vestnik*, 77 (12), 799–801.
18. Musek, J. (2012). Osebnost in kakovost življenja. Pridobljeno 9. 9. 2015, s [http://www.anthropos.si/anthropos/2012/1\\_2/01\\_musek.pdf](http://www.anthropos.si/anthropos/2012/1_2/01_musek.pdf).
19. Petek Šter, M. (2008). Cepljenje proti gripi in pnevmokoku pri starostnikih v domovih starejših občanov. *Zdravstveno varstvo*, 47 (3), 117–125.
20. Poredoš, P. (2004). Zdravstveni problemi starostnikov. *Zdravniški vestnik*, 73 (10), 753–756.
21. Potočnik Benčič, D. (2010). Nasveti za pravilnejšo uporabo zdravil pri starostnikih. V P. Fiala (ur.), *Zdravila in starostniki* (str. 21–28). Ljubljana: Slovensko farmacevtsko društvo.
22. Ramovš, J. (2003). *Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
23. Rupert, J. in Vilič Klenovšek, T. (2010). Učno gradivo za drugo delavnico: Značilnosti izbranih ranljivih skupin odraslih in svetovalno delo za izobraževanje odraslih. Pridobljeno 30. 8. 2015, s [http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/odrasli/Gradiva\\_ESS/ACS\\_Izobrazevanje/ACSIzobrazevanje\\_22Znacilnosti.pdf](http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/odrasli/Gradiva_ESS/ACS_Izobrazevanje/ACSIzobrazevanje_22Znacilnosti.pdf).
24. Skela-Savič, B., Hvalič Touzery, Š. in Zorc, J. (2010). Staranje populacije, Potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 44 (2), 89–100.

25. Šabovič, M. (2004). Sodobna načela internistične geriatrije. *ISIS*, 13 (8–9), 37–40.
26. Šabovič, M. (2005). Bolezni starostnikov. *Farmaceutski vestnik*, 56 (posebna številka), 67–70.
27. Tomori, M. in Zihlerl, S. (1999). *Psihiatrija*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
28. Toth, M. (2004). Koriščenje zdravstvenih storitev po življenjskih obdobjih, zlasti po 65. letu starosti. *Zdravniški vestnik*, 73 (10), 731–735.
29. Turk, H. in Kersnik, J. (2008). Demenca. V Š. Grmec (ur.), *Nujna stanja* (str. 235–238). Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.
30. Vertot, N. (2010). Starejše prebivalstvo v Sloveniji. Ljubljana: Statistični urad Slovenije.
31. Videčnik Zorman, J. in Maraspin Čarman, V. (2010). Okužbe pri starostnikih. *Medicinski razgledi*, 49 (2), 157–168.
32. Vrabič Kek, B. (2012). Kakovost življenja. Pridobljeno 9. 9. 2015, s <http://www.stat.si/doc/pub/Kakovost.pdf>.
33. Zajec, M. (2004). Posebnosti kirurškega posega pri starostniku. *Zdravniški vestnik*, 73 (10), 773–776.
34. Zrim, M. (2010). Posebnosti kirurške zdravstvene nege starostnika. V E. Kavaš idr. (ur.), *Obravnava starejših z vidika zdravstvene nege v vseh okoljih* (str. 25–33). Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja.

# Pregled razvoja kulturnih kompetenc zdravstvenega osebja v slovenskih bolnišnicah

UDK 616-08:614.21

**KLJUČNE BESEDE:** bolnišnice, akreditacije, zdravstvena oskrba, kulturne kompetence

**POVZETEK** - Večina slovenskih bolnišnic je vključenih v različne mednarodne akreditacijske presoje, ki pa niso vedno medsebojno primerljive. Izбира posameznega izvajalca akreditacijske presoje je v domeni vodstva bolnišnice in ni predpisana s strani Ministrstva za zdravje Republike Slovenije. V okviru akreditacijskih presoj so z namenom zagotavljanja kakovosti procesov in storitev postavljene določene zahteve, ki jih bolnišnice morajo upoštevati in udejanjiti v svojih organizacijskih postopkih. V zahtevah je obravnavano tudi področje zagotavljanja enakosti zdravstvene oskrbe za različne skupine prebivalstva, pri čemer je eden od ključnih elementov vzpostavitev in razvoj kulturnih kompetenc zdravstvenega osebja.

UDC 616-08:614.21

**KEY WORDS:** hospitals, accreditation, medical care, cultural competencies

**ABSTRACT** - The majority of Slovenian hospitals are involved in various international accreditation programmes, which, however, are not always comparable. The selection of an individual accreditation programme provider is in the domain of the hospital's management and not assigned by the Ministry of Health of the Republic of Slovenia. Within the framework of accreditation programmes, certain requirements are imposed with the purpose of ensuring quality processes and services. The hospitals are obliged to take these requirements into consideration and materialise them in its organisational procedures. The requirements also deal with the provision of equal medical care for different population groups. In this regard, one of the crucial elements is the establishment and development of cultural competencies among medical staff.

## 1 Uvod

V prispevku je predstavljen pomen akreditacijskih presoj in uvajanje standardov kakovosti v slovenskih zdravstvenih ustanovah ter njihovo uporabnost pri izboljševanju kakovosti in varnosti ob zdravstveni obravnavi. Sestavni del večine akreditacijskih zahtev je tudi kontinuiran razvoj kulturnih kompetenc pri zdravstvenem osebju, kar bo opisano v nadaljevanju in razpravi.

Ključni pomen razvoja kakovosti in varnosti v zdravstvu je Ministrstvo za zdravje (MZ) udejanjilo leta 2010 z objavo dokumenta »Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015)«. Na ravni Evropske unije (EU) so bili sprejeti številni dokumenti, ki opozarjajo na pomen kakovosti in varnosti v zdravstvu. Med njimi je zelo pomembna Direktiva 2011/24 EU, Evropskega parlamenta in Sveta, o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. Pri zdravstvenih organizacijah je bilo potrebno poenotiti usmeritev in pristop ter postopke na področju akreditacije. Kot podlaga za pridobitev akreditacije je vpeljevanje mednarodnih standardov zdravstvene obravnave (Simčič in Poldrugovac, 2013).

Direktiva (2011), kateri je pristopila tudi Slovenija, v svojih ciljnih omenja določanje pravil do varnega in visokokakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) v 7. členu določa, da ob zdravstveni obravnavi ne sme prihajati do omejevanja pravic glede na starost, spol, narodnost, raso, etično poreklo, spolno usmerjenost, vero, prepričanje in drugo osebnostno okolščino pacienta v obravnavi (Zakon, 2008).

Da bi lahko medicinske sestre in babice zagotavljale kulturno kompetentno zdravstveno in babiško nego, je potrebno pridobivati znanje o različnosti kultur. Ustrezna uporaba znanj o kulturi iz katere izhajajo pacienti, se lahko opredeli kot proces vezan na kulturne kompetence. Poseben pomen pridobivanja znanj se kaže v sedanjem obdobju globalne migracije (Loredan in Prosen, 2013).

## 2 Standardi kakovosti v zdravstvu

Prvi uradni zapisi, o začetkih uveljavljanja standardov kakovosti in varnosti v zdravstvenih ustanovah, izhajajo iz Združenih držav Amerike, kjer je bil leta 1917 uveljavljen prvi standard, ki so ga razvili člani ameriškega združenja kirurgov (Alkhenizan in Shaw, 2011).

Na vseh ravneh zdravstvene obravnave je potrebno usklajeno vzpostaviti sistem vodenja kakovosti in varnosti za kar so odgovorni vsi vodilni. Zagotavljanje kakovosti v zdravstvu temelji na spodbujanju timskega dela, povezovanju zaposlenih s pacienti in njihovimi težavami, zato je medicinsko osebje ključno za doseg uspeha pri izboljšavah. Ob tem jim lahko pomagajo pridobljena multidisciplinarna znanja, s pomočjo katerih lažje dosežejo učinkovito in strokovno preverljivo zdravstveno obravnavo (Kiauta, Poldrugovac, Rems, Robida in Simčič, 2010).

Tako kot razvoj zdravstvenih sistemov se vse bolj spreminja miselnost, da je pojem varnosti razumljen kot posameznikova odgovornost pri opravljanju zdravstvenih storitev, da ne bi naredil kašne napake. Varnost zdravstvene obravnave se vse bolj razvija kot samostojna disciplina v katero se vključujejo svetovno priznani strokovnjaki. Varnost pacientov v zdravstvu, se s sprejemom mednarodnega okvirja za klasifikacijo varnosti, vse bolj uveljavlja kot pomembna znanstvena veda v zdravstvu.

Z uveljavitvijo mednarodne klasifikacije varnosti v Sloveniji, je olajšana prepoznava najboljših praks s področja varnosti, možno se je mednarodno primerjati in razpravljati ter oblikovati skupne politike in ostale aktivnosti (Konceptualni okvir, 2010).

Vodenje in organiziranost procesov, delovnega okolja ter sistematično znanje izvajalcev zdravstvenih storitev, je opredeljeno kot bistvo vodenja kakovosti zdravstvene obravnave. V dokumentu »Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015)« so opredeljeni štirje strateški cilji:

- razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti,
- razvoj kulture varnosti in kakovosti,

- vzpostavitev sistema izobraževanja in usposabljanja s področja kakovosti in varnosti,
- razvoj sistemov za izboljšanje uspešnosti in učinkovitosti zdravstvene oskrbe (Ki-  
auta idr., 2010).

Pacient naj bi bil v stičišču pozornosti interesov vseh udeležencev ob izvajanju modela kakovosti ob zdravstveni obravnavi (Simčič, Poldrugovac in Marušič, 2011).

### 3 Akreditacija

Formalni pričetek akreditacij v zdravstvenih dejavnostih, se je pričel z ustanovitvijo modela akreditacije »Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations«, leta 1951. Ustanovitev mednarodne organizacije za standardizacijo (ISO) in vpliv vse bolj razvijajoče se globalizacije, po koncu druge svetovne vojne, je bistveno prispevalo k širitvi modela v Avstralijo in Kanado, v Evropi so zabeleženi začetki uporabe modela šele v letu 1980. Splošna širitev modela na širši evropski prostor se je pričela šele po letu 1990 (Alkhenizan in Shaw, 2011).

Zdravstvene ustanove v Sloveniji se prosto odločajo za akreditacijske postopke, za izvedbo pa je priporočljiva izbira mednarodno priznanih akreditacijskih ustanov.

Potek akreditacije je formalni postopek v katerem zunanja ustanova presodi in oceni zdravstveno ustanovo. Presoja sestoji iz preverjanja na kakšen način zdravstvena ustanova izpolnjuje vnaprej pripravljene ter objavljene standarde kakovosti in varnosti, ki so usmerjeni k stalnemu izboljševanju varnosti in kakovosti zdravstvene obravnave.

Nekatere zdravstvene ustanove so si že pridobile mednarodno uveljavljen certifikat ter priznanja. Po podatkih Ministrstva za zdravje je pridobilo akreditacijski certifikat 24 zdravstvenih ustanov iz sekundarnega in terciarnega nivoja zdravstvene obravnave, 2 zdravstveni ustanovi iz primarnega nivoja in 18 iz specialistično ambulantne dejavnosti. Kot mednarodno priznane akreditacijske ustanove so navedene:

- AACI – International Accreditation Standards for Healthcare Organizations
- ACI – Accreditation Canada International
- DIAS - DNV International Accreditation Standard for Hospitals

Ena od zdravstvenih ustanov je še vedno v fazi pridobivanja certifikata s strani akreditacijske ustanove JCI (Joint Commission International), tri bolnišnice pa so v fazi zbiranja ponudb za izbiro akreditacijske ustanove (Vodenje kakovosti in akreditacije, pridobljeno 24. 12. 2015).

### 4 Kulturne kompetence zdravstvenega osebja

Širši izvor besede kompetenca najdemo v latinske besedi »competens«, kar pomeni biti zmožen nekaj izvesti, ob tem biti pristojen in imeti pravico odločanja. Bistvenega pomena pa je, da kompetentnost nekoga ne pomeni samo znanja pridobljenega s formalno izobrazbo (Boštjančič, 2011).

Slovar slovenskega knjižnega jezika (1994) definira kompetenco kot: »obseg, mero odločanja, določena navadno z zakonom; pristojnost, pooblastilo: s tem je presegel svojo kompetenco« (str. 419). V pogovornem jeziku pogosto slišimo, da je neka oseba kompetentna za svoje delo. Ob tem se poraja mišljenje, da je to nekdo, ki dobro obvladuje neko specifično področje. Gruban (2004) opredeljuje kompetenco kot posameznikovo sposobnost uporabe znanj in drugih veščin za izvedbo delovnih nalog skladno s standardi delovne uspešnosti. Poleg znanj in veščin so pomembne ustrezne vedenjske in osebne lastnosti, samopodoba, prepričanja in vrednote.

Sposobnost opravljanja nalog in doseganje sprejemljivih rezultatov za posameznika in delovno organizacijo je pomembnejše kot pa samo individualno znanje in vedenje o določeni nalogi. Ravno sposobnost povezovanja znanja in spretnosti, pri izvajanju nalog in zadolžitve, izpostavlja pomen kompetentnosti posameznika (Chyung in Stepich, 2006).

Zakon o zdravstveni dejavnosti (2005) določa, da zdravstveno osebje lahko sprejema samo naloge, za katero ima ustrezno izobrazbo in je za njihovo izvajanje kompetentno. Tako je v besedilu (55. člen), da zdravstveno osebje z ustrezno izobrazbo in usposobljenostjo lahko samostojno opravlja delo zavedajoč se, da ob tem prevzema strokovno, materialno, etično in kazensko odgovornost.

Dejavnike, ki oblikujejo naša prepričanja, vrednote ter nas motivirajo pri vedenju, lahko opisujemo kot sociokulturne dejavnike. Etična, nacionalna in rasna pripadnost, spol in jezik sporazumevanja, oblikujejo povezujoče dejavnike, ki jih opredeljujejo kot kulturo družbene skupine, oziroma družbe (Betancourt, Green in Carrillo, 2002).

Avtorja Loredan in Prosen (2013), poudarjata pomen interakcije s pripadniki drugih kultur in menita, da se kulturne kompetence ne razvijajo samoumevno zgolj s pridobivanjem znanja o posamezni kulturi. Zdravstveni sistem, ki zagotavlja ustrezne kulturne in jezikovne storitve, se lahko opredeli kot kulturno kompetenten.

Ob nedovzetnosti zdravstvenega osebja za kulturno raznolikost in ob medsebojnem nerazumevanju jezika, ni možno zagotoviti kakovostne zdravstvene oskrbe. Kot kulturno kompetenten zdravstveni sistem je tisti, ki zagotavlja jezikovne in kulturne ustrezne storitve (Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding in Normand, 2003).

Tako kot razvoj kakovosti, tudi razvijanje kulturnih kompetenc ni nikoli dokončan proces. Vujašković (2011) razpravlja, da določen nabor sestavin pod določenimi pogoji z vnaprej znanim delovanjem, napr. kot pisanje recepta za zdravljenje določenih bolezni, ne more biti primerljiv z ustrezno uporabo kulturnih kompetenc. Razvoj slednjih je proces, ki ga ni mogoče poljubno vklapljeti ali izklapljeti.

## 5 Razprava

Po pregledu virov, vezanih na vsebine razvoja kulturnih kompetenc zdravstvenega osebja, je ugotovljeno, da večina publikacij in raziskav izhaja iz zahodnega sveta, predvsem iz Združenih držav Amerike in Kanade. K temu zagotovo botrujejo njihovi zgodnji začetki razvoja in uvajanja modelov kakovosti v zdravstvene sisteme, kar je že opisano v zgornjih poglavjih.

Slovensko zdravstvo se ob vstopu v EU sooča z različnimi kulturami pacientov, ki so najpogosteje samo v tranzitu. Zadnji večji priliv migracijskih tokov v Slovenijo zabeležimo proti koncu 20. stoletja, ob razpadu bivše skupne države Jugoslavije. V zadnjem obdobju pa se Slovenija sooča s perečo problematiko večjega števila migrantov, ki prihajajo iz vzhodnega sveta in so iz različnih kultur, neprimerljivih s slovenskimi.

Na nedavnem znanstvenem posvetu, z zaključki okrogle mize na temo migracij v zdravstvu z naslovom »Dileme zdravstvene oskrbe beguncev: izkušnje s terena«, (2015) so povzeli, da je ob zdravstveni oskrbi migrantov zaznati veliko pomanjkanje jezikovnih tolmačev in medkulturnih mediatorjev, zato prihaja do kulturnih in jezikovnih nesporazumov. Predlagajo vpeljavo večjega števila mediatorjev in tolmačev, da bi lahko zagotovili ustrežno kakovost zdravstvene oskrbe migrantov. Poudarili so tudi, da je potrebno migrante in begunce ustrezno informirati o zdravstvenih pravicah (napr. o tem, kje poiskati zdravniško pomoč, da je zdravstvena oskrba za njih brezplačna, ipd.).

V nedavni izjavi za javnost, »Medicinske sestre so ključne pri zdravstveni oskrbi beguncev in migrantov«, s strani Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN), (2015), je zapisano, da v evropskih begunskih centrih vladajo slabe higienske razmere, kar lahko vodi k izbruhu nalezljivih bolezni. V izjavi omenjajo poziv vladam, s strani Svetovne zdravniške organizacije, katera opozarja na možne posledice varčevanja ob zdravstveni oskrbi migrantov in beguncev. Vlade pozivajo k vzpostavitvi polnega dostopa do zdravstvenega varstva za migrante in begunce.

Zakon o pacientovih pravicah (2008) v 9. členu opredeljuje pravico do proste izbire izvajalca zdravstvene storitve, v 11. členu pravico do kakovostne, primerne in varne zdravstvene oskrbe, v 20. členu pa opredeljuje pojasnilno dolžnost zdravstvenega osebja. V slednjem je posebej poudarjeno, da je potrebno podati pojasnila pacientu na njemu razumljiv način in skladno z njegovimi sposobnostmi sprejemanja informacij.

V splošnih določbah Oviedske konvencije je že v prvem poglavju zapisano, da so države podpisnice konvencije, med njimi tudi Slovenija, zavezane zagotoviti identiteto in dostojanstvo vsakomur in brez bilo kakšnega razlikovanja ob uporabi medicine in biologije (Človekove pravice v zvezi ..., 2009).

Glede na zaključke okrogle mize z znanstvenega posveta na temo migracij v zdravstvu in izjavo Mednarodnega sveta medicinskih sester lahko sklepamo, da so pacientom- migrantom domnevno kršene posamezne pravice ob zdravstveni obravnavi. Izpostavimo samo nekatere kot napr.: domnevno kršene so jim pravice do proste izbire izvajalca zdravstvenih storitev, domnevno so jim okrnjene pravice do pojasnilne dolžnosti in do kakovostne, primerne in varne zdravstvene obravnave. Zdravstvena oskrba migrantov se izvaja v prilagojenih terenskih ambulantah z različnimi izvajalci zdravstvenih storitev, ki jih ni možno izbirati. Večina izvajalcev zdravstvenih storitev ne govori in ne razume jezika migrantov in beguncev, število tolmačev je omejeno ali jih nekje sploh ni.

Halbwachs (2014) razpravlja, da je potrebno razmišljati v smeri intervencij in strategij za doseganje ustrezne kulturne kompetentnosti zaposlenih v zdravstvu. V prispevku

poudari, da je področje kulturnih kompetenc v Sloveniji dokaj neraziskano področje, zato predlaga izvedbo raziskav, glede možnih pojavov nestrpnosti in ksenofobije zaposlenih v zdravstvu do drugačnih in njihov vedenjski vpliv na nudenje in splošno kakovost zdravstvenih storitev.

Hvalič Touzery (2015) poudarja, da se pri zdravstvenem osebju ob migracijski krizi izpostavlja ustreznost njihovih večkulturnih kompetenc. Povzema rezultate ameriške raziskave med hospitaliziranimi pacienti, ki so izpostavili pomanjkanje kulturnih kompetenc pri zdravstvenem osebju. Anketirani so zaznali pristransko obravnavo pacientov zaradi manjšinske ali rasne pripadnosti.

Uvedba kulturne in jezikovne podpore, kot kulturne kompetence zdravstvenega sistema, lahko znatno zmanjša rasne in etične neenakosti ob zdravstveni obravnavi. Ko pacienti v zdravstveni obravnavi ne razumejo kaj jim želi zdravstveno osebje povedati in tudi zdravstveno osebje ne govori njihovega jezika. V kolikor je zdravstveno osebje neobčutljivo na kulturne razlike, lahko govorimo, da je kakovost zdravstvenega varstva ogrožena (Anderson idr., 2003).

## 6 Sklep

Slovensko zdravstvo, vključno z bolnišnicami, je presenetil obsežen migrantski val, ki ne pojenja. Večina migrantov in beguncev si sicer želi čim prej nadaljevati pot h končnemu cilju, to je v zahodne države Evropske unije. Zaradi velikega števila migrantov in beguncev je pričakovati, da bodo njihove ciljne države pričele omejevati priseljevanje. Posledično bodo migranti in begunci razporejeni v ostale države Evropske unije, oziroma bodo obstali v sprejemnih centrih nekje v obmejnih področjih ali v državnih azilnih centrih.

Za ohranjanje kakovosti zdravstvenih storitev in za olajšanje dela zdravstvenemu osebju, bo potrebno v prihodnje izvesti ciljne raziskave in sprejeti določene ukrepe. Mednje zagotovo sodi vzpostavitev kulturnih kompetenc zdravstvenega osebja.

## LITERATURA

1. Alkhenizan, A. in Shaw, C. (2011). Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. *Annals of Saudi Medicine*, 31 (4), 407–416.
2. Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E. in Normand, J. (2003). Culturally Competent Healthcare Systems: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24 (3), 68–79.
3. Betancourt, J. R., Green, A. R. in Carrillo, J. E. (2002). Cultural competence in health care: emerging frameworks and practical approaches. Pridobljeno 21. 12. 2015, s [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2002/oct/cultural-competence-in-health-care--emerging-frameworks-and-practical-approaches/betancourt\\_culturalcompetence\\_576-pdf.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2002/oct/cultural-competence-in-health-care--emerging-frameworks-and-practical-approaches/betancourt_culturalcompetence_576-pdf.pdf).
4. Boštjančič, E. (2011). Merjenje kompetenc: metoda ocenjevanja v teoriji in praksi. Ljubljana: Planet GV.



5. Chyung, S. Y., Stepich, D. in Cox, D. (2006). Building a competency-based curriculum architecture to educate 21st-century business practitioners. Pridobljeno 21. 12. 2015, s <http://search.proquest.com/docview/202821524/fulltextPDF/AD9E3DED42A14F5APQ/1?accountid=16468>.
6. Človekove pravice v zvezi z biomedicino: Oviedska konvencija in dodatni protokoli. (2009). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
7. Dileme zdravstvene oskrbe beguncev: izkušnje s terena - zaključki okrogle mize (17. 11. 2015). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta. Pridobljeno 24. 12. 2015, s <http://www.zf.uni-lj.si/si/arhiv-novic/1878-migracije-in-zdravstvo>.
8. Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. (2011). Uradni list Evropske unije, št. 88/45 (4. 4. 2011). Pridobljeno 24. 12. 2015, s <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:sl:PDF>.
9. Gruban, B. (2004). Uvajanje modelov kompetenc. Referat predstavljen leta 2004 na XIX posvetovanju DVD na Bledu. Pridobljeno 24. 12. 2015, s <https://www.dialogos.si/slo/predavanja/dvd/gradiva/>.
10. 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.
11. Hvalič Touzery, S. (2015). Migracijski tokovi-izziv za zdravstveno nego. Pridobljeno 24. 12. 2015, s <http://www.fzj.si/blog/2015/11/18/migracijski-tokovi-izziv-za-zdravstveno-nego/>.
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. Konceptualni okvir za mednarodno klasifikacijo pacientov. (2010). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
14. Loredan, I. in Prosen, M. (2013). Kulturne Kompetence medicinskih sester in babic. Obzor. Zdrav nege. 47 (1), 83–89.
15. Medicinske sestre so ključne pri zdravstveni oskrbi beguncev in migrantov. (11. 9. 2015). Ženeva: Mednarodni svet medicinskih sester (ICN). Pridobljeno 21. 12. 2015, s <http://www.zbornica-zveza.si/sl/medicinske-sestre-so-kljucne-pri-zdravstveni-oskrbi-beguncev-migrantov>.
16. Simčič B. in Poldrugovac M. (2013). Vodenje kakovosti v slovenskih bolnišnicah: ugotovitve na podlagi letnih poročil bolnišnic za leto 2011 na področju kakovosti in varnosti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Sektor za kakovost in varnost sistema zdravstvenega varstva.
17. Simčič, B., Poldrugovac, M., in Marušič, D. (2011). Kazalniki kakovosti in akreditacija kot orodja za vodenje kakovosti v zdravstvu v Sloveniji. Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav, 27 (1), 29–49.
18. Slovar slovenskega knjižnega jezika. (1994). Ljubljana: DZS.
19. Vodenje kakovosti in akreditacije. (b.d). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno 24. 12. 2015, s [http://www.mz.gov.si/si/delovna\\_podrocja/kakovost\\_in\\_varnost/vodenje\\_kakovosti\\_in\\_akreditacije/](http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/kakovost_in_varnost/vodenje_kakovosti_in_akreditacije/).
20. Vujašković T. (2011) Mednarodna izmenjava študentov: konceptualni model kulturne prilagodljivosti. (Magistrsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
21. Zakon o pacientovih pravicah (2008). Uradni list Republike Slovenije, št. 15.
22. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije (št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF in 14/13). Pridobljeno 24.12.2015, s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa>.

# Dugotrajna zaštita starih lica u Republici Srbiji

UDK 364-783-053.9

**KLJUČNE REČI:** stariji, dugotrajna zaštita, društvene strategije

**POVZETEK** - Analiza demografskih trendova u R.Srbiji poslednjih decenija pokazuje značajno smanjenje stope nataliteta i fertiliteta, uz istovremeno konstantno povećanje broja lica starijih od 65 godina. Osim demografskih posledica, ovakav trend negativan uticaj pokazuje i u oblastima socijalne i zdravstvene zaštite, jer se starost pojavljuje kao značajan faktor ulaska pojedinca u stanje socijalne potrebe. Metod rada je deskriptivno-analitički. Rad predstavlja kritički osvrt na tri najznačajnija dokumenta koja regulišu socijalni položaj starih lica u R.Srbiji - Nacionalnu strategiju o starenju, Strategiju za smanjenje siromaštva i Strategiju reforme sistema socijalne zaštite; prikazujući istovremeno socioekonomski status starih lica i problematiku usklađivanja rastućih zahteva za uslugama i ograničenih finansijskih mogućnosti zemlje. Predstavljena su i postojeća zakonska rešenja dugotrajne zaštite starih u oblasti zdravstvene i socijalne zaštite. Usvajanje nacionalnih strateških dokumenata indicira da je u Srbiji prepoznata potreba za reorganizacijom društvenog odgovora na izražene probleme starenja stanovništva. Pravac daljeg razvoja kreće se prema integraciji zdravstvenih i usluga socijalne zaštite, kao i deinstitucionalizaciji društvene brige o starima.

UDC 364-783-053.9

**KEY WORDS:** elderly people, long-term protection, social strategies

**ABSTRACT** - Analysis of demographic trends in the Republic of Serbia during the last decades shows a significant reduction in the birth rate and fertility, while the number of persons older than 65 years is constantly increasing. Except the demographic consequences, this trend shows a negative impact in the areas of social and healthcare, because age appears as a significant factor of an individual entering the state of social needs. The method of research was descriptive-analytical. The paper presents a critical review of the three most important documents which regulate the social position of elderly people in the Republic of Serbia - National Strategy on Ageing, Poverty Reduction Strategy and the Strategy of Social Protection Systems Reform; showing both the socioeconomic status of the elderly and the issue of harmonising the growing demand for services and limited financial possibilities of the country. The current statutory solutions of long-term protection of the elderly in the area of health and social protection were presented. Adopting national strategic documents indicates that Serbia recognised the need for reorganisation of the social response to the expressed problems of the population aging. The direction of further development moves towards integrating health and social care services, as well as the deinstitutionalisation of social care for the elderly.

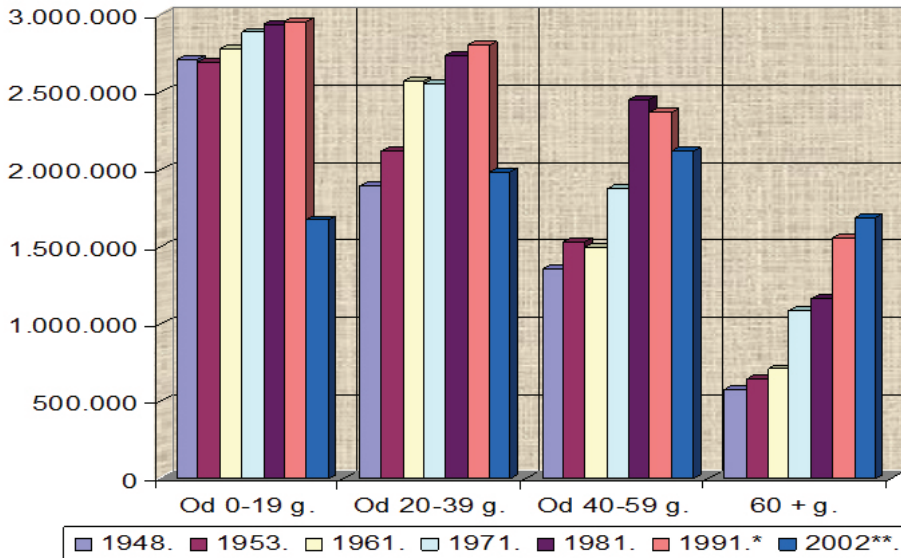
## 1 Uvod

Podaci Republičkog zavoda za statistiku (2015) pokazuju da je procenjen broj stanovnika u Republici Srbiji u 2014. godini iznosio 7.131.787, uz relativno ravnomernu polnu distribuciju, ali evidentno prisutnu depopulaciju (koeficijent rasta stanovništva u odnosu na predhodnu godinu je negativan i iznosi 4,9‰).

Poslednjih decenija demografski trendovi u R. Srbiji pokazuju značajno smanjenje stope nataliteta i fertiliteta, uz istovremeno konstantno povećanje broja lica preko 65 godina starosti. Sa prosečnom starošću stanovnika od 42,6 godina Srbija je jedna od najstarijih zemalja u svetu (muškarci 41,2, žene 43,9). Udeo stanovnika do 14 godina starosti u ukupnom stanovništvu iznosi 14,4%, dok je udeo starijih od 65 godina 18,2%. Radno sposobno stanovništvo starosti od 15 do 64 godine čini 67,4% ukupne populacije.

U prethodnih šest decenija broj mladih osoba je gotovo prepolovljen, dok se udeo osoba starijih od 65 godina povećao 2,5 puta (graf 1).

Graf 1: Promene pojedinih starosnih grupa prema popisima od 1948-2002



Povećanje broja starih lica pokazuje, osim demografskih posledica, negativan uticaj i u sferi socijalne i zdravstvene politike, namećući zahtev za većim materijalnim izdvajanjima koja nisu u skladu sa postojećim ekonomskim mogućnostima zemlje.

## 2 Sicioekonomski status starih lica u R. Srbiji

Socioekonomski položaj starih osoba u R. Srbiji generalno se može okarakterisati kao nepovoljan, u prilog čemu ilustrativno govori podatak da svaka peta osoba starija od 65. godina živi u siromaštvu (14,8%) (Ministarstva rada i socijalne politike, 2015).

Socijalni položaj starih lica dodatno otežavaju faktori koji prate siromaštvo u ovom starosnom dobu (Manojlović, 2008):

1. gotovo obavezno prisustvo (više) bolesti,
2. gubitak porodične podrške (više od polovine ostarelih žive u jednočlanim i dvočlanim staračkim domaćinstvima, a psihičke posledice usamljenosti pogađaju skoro dve trećine ostarelih osoba),
3. gubitak fizičke i radne sposobnosti (radne sposobnosti su osetno umanjene ili ugušene i nisu više u mogućnosti da sebi obezbede dopunska i nedostajuća materijalna sredstva za život),
4. zavisnost u svakodnevnom životu od usluga drugih, zbog smanjenja ili gubitka sposobnosti samousluživanja i samostalnog zadovoljavanja neodložnih životnih funkcija.

U zemljama u razvoju starost je jedan od odlučujućih faktora ulaska pojedinca ili porodice u stanje socijalne potrebe. Iako se na ovim prostorima tradicionalno, briga o starima ostvaruje u okviru porodice, promene strukture, odnosa i funkcije u savremenim porodicama ne ostavljaju dovoljno prostora za kvalitetnu realizaciju ove porodičnu uloge, te su njeni stariji članovi usmereni na institucionalnu i vaninstitucionalnu društvenu pomoć u zadovoljavanju potreba i ostvarivanju socijalne sigurnosti (Lepir, 2011).

### 3 Nacionalna strategija o starenju

U cilju poboljšanja socijalnog položaja starih lica R. Srbija je donela tri značajna strateška dokumenta: Nacionalnu strategiju o starenju (2006), Strategiju za smanjenje siromaštva u Srbiji (2003) i Strategiju reformi sistema socijalne zaštite (2005).

Nacionalna strategija o starenju (2006) pokriva sve bitne aspekte staranja o starim licima i omogućavanja njihovog sigurnog i dostojanstvenog života. Zasniva se na principima:

- doživotnog razvoja pojedinca;
- unapređenja i zaštite svih ljudskih prava i osnovnih sloboda;
- obezbeđivanja ekonomske i socijalne sigurnosti i kvaliteta života u starosti;
- omogućavanja pune integracije i participacije starijih lica u zajednicu;
- eliminacije svih oblika društvenog zanemarivanja usled opadanja funkcionalnih sposobnosti u starosti i invalidnosti;
- angažovanja rodne ravnopravnosti, poštovanja različitosti i posledično drugačijih potreba u populaciji starijih;
- promovisanja intergeneracijskog i intrageneracijskog transfera, solidarnosti i dijaloga;
- uspostavljanja partnerstva na svim nivoima (Vlada, nevladin sektor, privatni sektor i sami stariji ljudi);
- ostvarivanja jednakih mogućnosti za sve i afirmisanja lične odgovornosti.

U delu »Strateški pravci delovanja, mera i aktivnosti« Nacionalna strategija o starenju kao koncept budućeg razvoja podrške starijim građanima predlaže deinstitucionalizaciju, odnosno razvoj pomoći u kući i u lokalnoj zajednici (dnevni centri, dnevni rehabilitacioni centri, pomoć u kući, kućna nega). Predložene mere značajno poboljšavaju uslove života starih, nezavisno od njihovog materijalnog statusa. Takođe, navode se i sledeće mere:

- uspostavljanje sistema tzv. »socijalnih penzija« za sve ostarele građane bez redovnih primanja;
- uspostavljanje sistema tzv. »zaštitnog dodatka uz penziju« za sve korisnike penzija čija su ukupna redovna porodična primanja ispod nivoa egzistencijalnog minimuma;
- uspostavljanje sistema usklađivanja penzijskih primanja sa porastom životnog standarda zaposlenih i finansiranje društvenog standarda penzionera (oporavak, banjsko lečenje, rekreacija i stambeno pitanje).

- utvrđivanje minimuma egzistencije u starosti i potrošačku korpu za jednočlana i dvočlana staračka domaćinstva, koje će uvažavati specifičnosti potrošnje u starosti (uvećani troškovi lečenja i zdravstvene zaštite, za zagrevanje stambenih prostorija i dr., smanjenje troškova opremanja domaćinstva, školovanja dece i dr.),
- omogućavanje olakšica u pogledu plaćanja komunalnih usluga, korišćenja električne energije, korišćenja javnog prevoza i poreskih olakšica na nivou lokalne (opštinske) samouprave.

U okviru Strategije za smanjenje siromaštva u Srbiji (2003) preduzete su sledeće mere za smanjenje siromaštva starih lica: ujednačavanje visine stalnih socijalnih pomoći (MOP) i uvećanje dodatka za pomoć i negu drugih lica (Manojlović, 2008).

#### **4 Institucionalno zbrinjavanje starih lica**

Kada je u pitanju institucionalno zbrinjavanje starih lica Zakon o socijalnoj zaštiti (2011) članom 47. predviđa obezbeđenje usluge smeštaja u:

- srodničku, hraniteljsku i drugu porodicu za odrasle i starije (u daljem tekstu: porodični smeštaj);
- dom za smeštaj korisnika, uključujući male domske zajednice (u daljem tekstu: domski smeštaj);
- prihvatilište;
- druge vrste smeštaja, u skladu sa zakonom.

Do sada je osnovano 43 državnih ustanova i 103 ustanove u privatnom sektoru (Ministarstvo spoljnih poslova, 2006). Više od polovine korisnika boravak u staračkom domu finansira iz ličnih sredstava. Na drugom mestu je finansiranje srodnika, najčešće dece, a na poslednjem finansiranje iz budžeta. Bez obzira na način plaćanja, preduslov ostvarivanja ove usluge je podnošenje zahteva za smeštaj nadležnom centru za socijalni rad.

#### **5 Hraniteljstvo i geronto - hraniteljice**

Zakon o socijalnoj zaštiti (2011, član 41) propisuje da pravo na smeštaj u drugu porodicu ima punoletno lice starije od 65 godina (stariji korisnik) kada je njegovo blagostanje, bezbednost i produktivan život u društvu ugrožen rizicima usled starosti, invaliditeta, bolesti, porodičnih i drugih životnih okolnosti, a naročito:

1. ako ima telesne, intelektualne, senzorne ili mentalne teškoće ili teškoće u komunikaciji, i kada se, usled društvenih ili drugih prepreka, susreće s funkcionalnim ograničenjima u jednoj ili više oblasti života;
2. ako postoji opasnost da će postati žrtva ili ako jeste žrtva samozanemarivanja, zanemarivanja, zlostavljanja, eksploatacije i nasilja u porodici;
3. ako se suočava s teškoćama zbog poremećenih odnosa u porodici, zavisnosti od alkohola, droga ili drugih opojnih sredstava ili zbog drugih oblika društveno neprihvatljivog ponašanja i drugih uzroka;

4. ako je žrtva trgovine ljudima;
5. ako je strani državljanin i lice bez državljanstva u potrebi za socijalnom zaštitom;
6. ako ima potrebe za domskim smeštajem i druge potrebe za korišćenjem socijalne zaštite.

Kao vidovi porodičnog smeštaja Zakonom su predviđeni (Član 49. Zakona):

1. standardni smeštaj;
2. smeštaj uz intenzivnu ili dodatnu podršku;
3. urgentni smeštaj;
4. povremeni smeštaj;
5. druga vrsta smeštaja u drugu porodicu.

Porodični smeštaj starijih lica može biti realizovan u sledećim oblicima:

1. ostarela osoba odlazi u hraniteljsku porodicu (klasično hraniteljstvo);
2. ostarela osoba ostaje u svojoj kući i prima hraniteljsku porodicu kod sebe;
3. u kuću ostarele osobe dolazi geronto-hraniteljica, svakodnevno, dogovoreni period vremena ili ostaje da živi sa ostarelom osobom.

Navodeći prednosti porodičnog smeštaja starih lica Dinić (2008) ističe da se:

1. ovim vidom zbrinjavanja omogućava ostareloj osobi da ostane u njenom porodičnom okruženju i nastavi da živi na način na koji je navikla;
2. rešava problem usamljenosti;
3. izbegavaju investiciona ulaganja - to je ekonomski isplativiji oblik zbrinjavanja;
4. sa šireg društvenog stanovišta, otvaraju se nova radna mesta, posebno za manje atraktivne populacione grupe, a pruža se i mogućnost ostvarivanja dopunskog prihoda i poboljšanja životnog standarda hraniteljske porodice;
5. na lokalnom nivou podstiče zainteresovanost drugih porodica i pojedinaca za zbrinjavanje odraslih i starijih lica;
6. obavljanjem ove delatnosti obezbeđuje e redovan prihod, penzijsko i zdravstveno osiguranje hranitelja (u pitanju je radni odnos);
7. smanjuje pritisak na domove starih (koji predstavljaju najskuplji vid zbrinjavanja);
8. omogućava rasterećenje primarne porodice ostarele osobe;
9. neguje se osećanje porodične pripadnosti;
10. navike i potrebe zadovoljavaju u većoj meri i na kvalitetniji način ...

U svakodnevnoj praksi porodični smeštaj može pokazati i potencijalne nedostatke poput (Dinić, 2008):

1. neobaveštenost i neadekvatna pripremljenost i pružaoca i primaoca usluge;
2. nemogućnost adaptacije i hranitelja i hranjenika;
3. neusklađenost zahteva i očekivanja sa pruženim uslugama ili preteranost u zahtevima;
4. loša procena;
5. neočekivane promene u stanju hranjenika i hranitelja - vanredne situacije;
6. prezasićenost hranitelja ovakvim poslom;
7. sukobi hranitelja sa srođnicima hranjenika;
8. nezadovoljstvo hranitelja nadoknadom i neregulisana nadoknada;
9. razni oblici zloupotreba (s obe strane), kao i pojava porodične patologije;
10. neiskustvo u praćenju;
11. neadekvatna i nepostojeća detaljna zakonska regulativa koja destimuliše obe strane i sl.

## 6 Usluge u zajednici

U cilju sagledavanja potreba starih lica 2006. godine realizovano je istraživanje o vaninstitucionalnoj zaštiti na uzorku od 826 osoba starijih od 70 godina (Satarić, Rašević, 2007). Nalazi su pokazali da je starim licima prevashodno potrebna pomoć za odlazak kod lekara i nabavku lekova, održavanje domaćinstva, plaćanje računa (preko 33 %), pripremanje hrane i/ili hranjenje (26 %). Svakoju sedmoj osobi starijoj od 70 godina potrebna je pomoć za održavanje lične higijene (15 %), a svakoju desetoj pomoć za kretanje po domaćinstvu (10 %).

Drugo relevantno istraživanje sprovedeno je 2006. godine sa ciljem sagledavanja zdravstvenog stanja stanovnika Srbije (Matković, 2012). Anketirano je 6875 domaćinstava izabranih na osnovu reprezentativnog uzorka. Prema dobijenim rezultatima 6,6 % lica starijih od 65 godina ne može da obavlja aktivnosti vezane za samozbrinjavanje bez tuđe pomoći (ne može da se samostalno hrani, oblači, kreće i održava ličnu higijenu).

Na osnovu iznetih, ali i rezultata drugih istraživanja, u praksi su primenjena nova ili revidirana postojeća rešenja usluga u zajednici namenjenih starim osobama, kao što su:

- Usluga pomoći u kući - je u u mandatu lokalnih samouprava prema Zakonu o socijalnoj zaštiti (2011). U Srbiji je i dalje veoma mali udeo starih koji koriste ovu uslugu (približno 0,9 %), prevashodno jer značajan broj lokalnih samouprava (gotovo svaka peta) još uvek ne organizuje ovu vrstu usluga. Među nedržavnim organizacijama koje pružaju podršku starima kroz neki deo programa usluge pomoći u kući u Srbiji prisutni su Crveni krst i Caritas.
- Tele apel služba Crvenog krsta Beograda postoji od 1999. godine. Korisnicima pruža informacije i savete iz oblasti medicine, prava, socijalne zaštite ...
- U uslovima kada je prisutan konstantan porast populacije starih, a broj profesionalnih radnika nedovoljan, sve veći značaj u savremenoj gerontologiji dobijaju usluge koje pružaju volonteri-penzioneri iz raznih humanitarnih organizacija. Novija istraživanja pokazuju da volonterski rad sadrži »dvosmernu preventivnu dimenziju«. S jedne strane, starija osoba radeći kao volonter sprečava teškoće kod druge osobe, a istovremeno, svojim aktivizmom, sprečava nastanak sopstvenih problema ili ih lakše savladava. Dokazano je da volonterski rad doprinosi humanizaciji životnih uslova u starosti, jer pruža mogućnost da se pensioner nenametljivo uključi u društvo i na taj način sačuva kvalitet života iz prethodnog radnog perioda Socijalne i zdravstvene ustanove bi se trebale usmeriti na stvaranje »mreže volontera« iz redova pensionera kao jedan od mogućih rešenja. (Manojlović, 2008).

## 7 Palijativno zbrinjavanje, kućno lečenje i nega starih u okviru zdravstvene zaštite

Na primarnom nivou zdravstvene zaštite organizovanu službu kućnog lečenja i nege za opštu populaciju ima svega 40 % domova zdravlja u Srbiji. Jedina specijalizovana

ustanova u zemlji za kućno lečenje, negu i palijativno zbrinjavanje starih lica je Gradski zavod za gerontologiju Beograd.

Na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite ne postoje posebne zdravstvene institucije za palijativnu negu i zbrinjavanje pacijenata u terminalnoj fazi bolesti, već se nega i lečenje starih lica obavlja u ustanovama sekundarnog nivoa, u kojima su formirane jedinice za palijativno zbrinjavanje. Planirano je da između 10% i 15% svih bolničkih postelja mora biti na raspolaganju starijim pacijentima i za palijativno zbrinjavanje, ali samo tokom perioda od najduže 30 dana. Međutim, usled deficitarnosti usluga u zajednici uobičajeno je da se stari hospitalizuju i smeste u takve ustanove radi dugotrajne nege (Kolin, 2011).

## 8 Zaključak

Analiza relevantnih nacionalnih strateških dokumenata indicira da je u Srbiji prepoznata potreba za reorganizacijom društvenog odgovora u svetlu postojećeg demografskog trenda starenja stanovništva, kao i usložnjavanja socijalne i zdravstvene problematike koja prati ovo životno doba (siromaštvo, gubitak porodične podrške, smanjenje fizičke i radne sposobnosti, prisustvo raznolike zdravstvene patologije ...).

Pravac društvenih intervencija kreće se ka deinstitucionalizaciji brige o starima, razvijanju usluga u zajednici nezavisno od materijalnih mogućnosti pojedinca, ustanova zdravstvene zaštite za dugotrajnu negu i palijativno zbrinjavanje, a u pojedinim dokumentima je naglašena i potreba za povezivanjem zdravstvenih i usluga socijalne zaštite.

## LITERATURA

1. Dinić, D. (2008). Promovisanje hraniteljstva kao oblika zbrinjavanja ostarelih osoba. U D. Dinić (ur.), *Detekcija i hraniteljstvo starijih ljudi* (pp. 60–85). Beograd: Gerontološko društvo Srbije.
2. Kolin, M. (2011). Ageing and the Welfare Mix Policy in Serbia. In A. Österle (ed.). *Long-Term Care in Central and South - Eastern Europe* (pp 151–174). Frankfurt am Main: Petar Lang.
3. Lepir, Lj. (2011). *Socijalna zaštita starih u Republici Srpskoj (Doktorska disertacija)*. Banjaluka: Univerzitet u Banjaluci, Fakultet političkih nauka.
4. Manojlović, P. (2008). Jedinствена mreža volontera – bitna pretpostavka za uspešnu detekciju ugroženih ostarelih osoba. U D. Dinić (ur.), *Detekcija i hraniteljstvo starijih ljudi* (str. 36–42). Beograd: Gerontološko društvo Srbije.
5. Manojlović, P. (2008). Obezbeđivanje efikasnijeg suzbijanja i smanjenja siromaštva među starim ljudima i penzionerima. U D. Dinić (ur.), *Detekcija i hraniteljstvo starijih ljudi* (str. 7–20). Beograd: Gerontološko društvo Srbije.
6. Matković, G. (2012). Dugotrajna nega starih u Srbiji – stanje, politike i dileme. *Stanovništvo*, 1, 1–18.
7. Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike (2011). *Smeštaj starih lica u dom*. Pridobljeno 20. 5. 2016, s <http://www.minrzs.gov.rs>.
8. Ministarstvo spoljnih poslova RS (2006). *Vodič za dijasporu*. Uprava za saradnju sa dijasporom i Srbima u regionu.



9. Perišić, N. (2013). Dugotrajna zaštita starih u sistemu socijalne sigurnosti Srbije. *Godišnjak Fakulteta političkih nauka*, 7 (9), 157–175.
10. Republički zavod za statistiku RS (2015). Procene stanovništva Republike Srbije, 2014. Saopštenje za javnost. Pridobljeno 15. 7. 2015, s [http: www.stat.gov.rs](http://www.stat.gov.rs).
11. Satarić, N. in Rašević, M. (2007). Vaninstitucionalna zaštita starih ljudi u Srbiji – jaz između potreba i mogućnosti. Beograd: Amity.
12. Vlada Republike Srbije (2003). Strategija za smanjenje siromaštva u Srbiji.
13. Vlada Republike Srbije (2005). Strategija razvoja sistema socijalne zaštite.
14. Vlada Republike Srbije (2006). Nacionalna strategija o starenju 2006–2015.
15. Zakon o socijalnoj zaštiti (2011). Službeni glasnik RS, br. 24.

# Vloga lokalne skupnosti pri spodbujanju zdravega staranja

UDK 352:316.728+612.67

**KLJUČNE BESEDE:** staranje, lokalne skupnosti, zdravje, staranje

**POVZETEK** - Staranje prebivalstva je postalo izziv sodobnega časa, ki se mu morajo prilagoditi vsi segmenti družbe. Za kakovostno starost je pomemben način življenja skozi vse življenjsko obdobje. Vsak posameznik ima namreč svoj življenjski slog, od katerega je odvisno njegovo zdravje in dobro počutje v starosti. Skrb za zdravje postaja ne samo vrednota posameznika, temveč vrednota celotne družbe. Pri obvladovanju javnozdravstvenih problemov, povezanih z naraščanjem kroničnih obolenj in staranjem prebivalstva, ima posamezna regija, in znotraj nje lokalna skupnost, pomembno vlogo. Lokalna skupnost lahko spodbudi prebivalce k sodelovanju v programih, namenjenih spodbujanju zdravja, vpliva na njihovo znanje in posledično zmanjšuje razvoj boleznih sodobnega časa. V spodbujanju zdravja se morajo vključevati vse strukture lokalne skupnosti: od lokalne uprave, prek zdravstvenega doma, lekarn, šol, vrtcev, lokalnih društev in združenj, gostinstva, trgovine, cerkve do lokalnih koordinatorjev in drugih pomembnih soudeležencev lokalnega okolja.

UDC 352:316.728+612.67

**KEY WORDS:** ageing, local communities, health, ageing

**ABSTRACT** - The rapid growth of the ageing population has become a challenge for contemporary times, which demand a certain degree of involvement on all parts of the society. Undoubtedly, health-related well-being is the result of leading different lifestyles, which have an impact on an individual's health when growing old. Healthcare is therefore of the utmost importance not only for an individual, but also for the whole society. Regional and local communities can have an important role in dealing with public health problems, connected to the increase of chronic diseases and ageing of the population. What is more, local communities are to encourage their population to participate in different programmes ensuring the improvement of people's healthcare, as well as raising their awareness, which consequently contributes to the decline of the above-mentioned diseases. To be more specific, from the local community, its administration, through health centres, pharmacies, schools at all levels, local societies and clubs, catering businesses, trade and commerce, clerical institutions, to coordinators and other important individuals.

## 1 Uvod

Zdravje je ena izmed najpomembnejših vrednot, ki ni le skrb posameznika, temveč celotne družbe. Je temeljna pravica vsakega posameznika (Devjak in Devjak, 2013). Starost je obdobje, v katerem se pogosto pojavljajo različne bolezni. V sodobnem času so vse bolj pogoste kronične nenalezljive bolezni, ki so v večini primerov posledica nezdravega življenjskega sloga. Vedenjske vzorce pridobimo v mladosti in jih skozi staranje stežka spreminjamo. Skrb za zdravje v starosti se torej začne že v mladosti in nadaljuje z zdravim staranjem.

Starostniki sodijo v skupino ljudi z visokim tveganjem za razvoj boleznih sodobnega časa, zato je pri njih potrebno izvajati promocijo zdravega življenjskega sloga. Poleg programov na državni ravni imajo pomembno vlogo tudi lokalni programi promoviranja zdravega življenjskega sloga, saj se le-ti lažje približajo marginalnim skupinam in

ljudem z visokim tveganjem za razvoj sodobnih bolezni (Nichols idr., 2013). Na zdravje ljudi in posledično zdravo staranje vpliva tudi lokalna skupnost z izvajanjem dejavnosti, ki opredelijo prisotne probleme, iščejo rešitve za le-te in jih nato izvršijo. Boljše kot je sodelovanje zdravstvenih in nezdravstvenih ustanov lokalne skupnosti, večje so možnosti za spremembo vedenja posameznikov. Lokalna skupnost lahko spodbudi ljudi k sodelovanju v različnih programih, namenjenih spodbujanju zdravja. S tem vpliva na njihovo znanje o zdravem načinu življenja in posledično zmanjšuje razvoj bolezni v starosti (Tetra Dewi, Stenlund, Marlinawati, Öhman in Weinehall, 2013).

## 2 Zdravje v starosti

Staranje je proces, ki vodi v upad življenjskih funkcij. Na celotnem organizmu se začnejo pojavljati starostne spremembe (Poljšak in Lampe, 2011). Starost je življenjsko obdobje in ne bolezen. Res pa je, da so v starosti bolezni bolj pogoste. V preteklosti so prevladovale nalezljive bolezni, danes pa v državah v razvoju starejši najpogosteje zbolevajo in umirajo zaradi nenalezljivih bolezni (Ivanuša, 2012). Kronične nenalezljive bolezni predstavljajo tudi v Sloveniji veliko breme in so najpomembnejši vzrok za prezgodnjo umrljivost in obolevnost ter slabšo kakovost življenja. Pogoste so rakave bolezni, srčno-žilne bolezni, sladkorna bolezen tipa 2 in duševne bolezni. Pomemben vzrok za pojav teh bolezni je nezdrav življenjski slog, ki vključuje kopičenje vedenjskih in bioloških dejavnikov tveganja. Vedenjski dejavniki tveganja so: kajenje, nezdravo prehranjevanje, prenizka stopnja telesne dejavnosti, tvegano uživanje alkohola in duševni stres. Vodijo v razvoj bioloških dejavnikov tveganja, kot so čezmerna prehranjenost in debelost, arterijska hipertenzija, dislipidemija, ter v nastanek kroničnih nalezljivih bolezni (Ministrstvo za zdravje, 2011).

Na zdravo staranje je potrebno misliti že v mladosti in upoštevati določena priporočila. Posameznik mora biti v vsakem obdobju življenja redno telesno aktiven ter uživati zdravo, uravnoteženo prehrano. V starosti naj ohrani socialne stike, saj s tem skrbi za svoje duševno ravnovesje (Krampač in Stanojevič Jerković, 2012). Zdravje namreč omogoča in zagotavlja kakovostno življenje. Je temeljni vir razvoja vsake družbe, za katerega je najprej odgovoren vsak sam (Ministrstvo za zdravje, 2007). Dejavniki, ki vplivajo na zdravje ljudi, se delijo na tri skupine: na dejavnike notranjega, naravnega in družbenega okolja posameznika. K dejavnikom notranjega okolja posameznika sodijo dednost, spol in starost posameznika, njegove telesne in osebnostne značilnosti. K dejavnikom naravnega okolja spadajo biološki dejavniki (vsi živi organizmi, ki lahko človeku povzročijo škodljive posledice na zdravju, na primer bakterije, virusi, insekti, glodavci), fizikalni dejavniki (hrup, sevanje, svetlobna, toplotna in električna energija), kemični dejavniki (anorganske in organske snovi) in biomehانيčni dejavniki (mehanična in kinetična energija). Dejavnike družbenega okolja tvorijo socio-ekonomski dejavniki (izobrazba, pismenost, družbeni status, zaposlenost, dohodek), družbene vrednote in prepričanja. Vsi ti dejavniki so zase zelo pomembni, vendar ne delujejo posamično, temveč so med seboj močno povezani in tvorijo determinante zdravja.

Pomembne determinante zdravja so različne skupnosti: družina, bivalna skupnost, delovna in šolska skupnost, skupnost vrstnikov in etnična skupnost. Sem sodijo tudi lokalne skupnosti z vplivom naravnega in družbenega okolja. Naravni pogoji za bivanje so preskrba s pitno vodo, pridelava lastne hrane, infrastruktura. Družbeni pogoji pa so na primer socialni stiki med člani, stopnja varnosti, kriminala, možnost zaposlovanja in šolanja (Zaletel Kragelj, Eržen in Premik, 2007).

Ljudje so si med seboj različni, zato se pojavljajo razlike v zdravju. Vedno prisotne in neizogibne so razlike v zdravju, ki so posledica biološke različnosti in neponovljivosti. Spol, starost in dednost so notranje determinante in so nespremenljive. Razlike v zdravju, ki izhajajo iz notranjih determinant, so posledica spontanih procesov, na katere posameznik ali družba ne morejo vplivati. Obstajajo pa tudi razlike v zdravju, ki so neupravičene. So posledica družbenih vplivov in zajemajo splošne družbeno-ekonomske, življenjske, družinske, delovne, kulturne in okoljske pogoje, vključenost v družbo ter vedenjski slog. V teh primerih govorimo o neupravičenih, umetno ustvarjenih in preprečljivih neenakostih v zdravju. Za njihovo ukinitve so potrebni ukrepi na vseh nivojih družbe. Vodilna vloga pripada javno-zdravstvenim ustanovam, ki lahko s pomočjo deležnikov iz okolja in samih prebivalcev doprinesejo k zmanjševanju neenakosti v zdravju. Neenakosti zdravja morajo postaviti v središče pozornosti lokalne skupnosti in povečati njene zmožnosti za zmanjševanje teh neenakosti. Potrebno je začeti s spremljanjem in vrednotenjem neenakosti v zdravju, nadaljevati pa s spodbujanjem zdravega življenjskega sloga prebivalstva ter podpiranjem zgodnjega odkrivanja nenalezljivih bolezni (Jerman, Letnar Žbogar in Peternel, 2011).

### **3 Vloga lokalne skupnosti pri zdravem staranju**

Lokalna skupnost je skupnost ljudi na določenem ozemlju. Povezujejo jih skupni interesi in potrebe, ki jih lahko zadovoljujejo le skupaj. Temeljna lokalna skupnost je občina. Tu nastanejo potrebe na najnižji ravni, saj se med ljudmi splete mreža medosebni odnosov in obstaja zavest o pripadnosti tej skupnosti (Virant, 2004). Lokalna samouprava je oblika samostojnega urejanja in reševanja življenjskih potreb prebivalstva v lokalni skupnosti. Zanj so značilni avtonomija, samostojnost, decentralizacija in demokratizacija. Poudarek daje na človeka, na zadovoljevanje njegovih sodobnih potreb in kakovost življenja njega in njegove družine (Vlaj, 2006).

Lokalna skupnost ima ključno vlogo pri zagotavljanju zdravja svojih občanov. Primarno zdravstveno varstvo na področju lokalne skupnosti izvajajo zdravstveni domovi (Devjak in Devjak, 2013). V Sloveniji je še vedno velik vpliv tradicionalne medicine, kjer so zdravstveni delavci odgovorni za paciente, ki pridejo v ambulanto. Pristop je pasiven. Ne pomaga tistim, ki so pomoči dejansko potrebni – ljudem, ki pridejo prepozno ali pa sploh ne pridejo v ambulanto. Ne loteva se lokalnih determinant slabega zdravja in izgublja priložnosti, da bi ljudem omogočil krepitev zdravja. Timi v osnovni zdravstveni delavnosti morajo razširiti svojo dejavnost in razvijati programe, ki izboljšajo kakovost življenja ljudi. Vključiti bi morali promocijo in preventivo

dejavnost v lokalno skupnost izven zdravstvenega doma in se povezati z lokalnimi skupnostmi, skupinami za samopomoč in socialno službo ter sodelovati z nezdravstvenimi organizacijami (Sušanj, 2007).

Osnova za zagotavljanje zdravja je poznavanje ravni zdravstvenega stanja, življenjskega sloga in kulturnega ozadja svojega prebivalstva. Šele nato je možno začeti s promocijo in spodbujanjem zdravja in zdravega načina življenja. Vključevati je potrebno usposobljene strokovnjake, spodbujati razvoj odnosov z javnostjo in podporo Ministrstva za zdravje (Belović, Mesarič, Kranjc Nikolić, Jovanović in Verban Buzeti, 2008). Zdrava lokalna skupnost mora občanom zagotavljati:

- čisto in zdravo fizično okolje;
- dolgoročno stabilen ekosistem;
- močno skupnost brez medsebojnega izkoriščanja, temveč z vzajemnim sodelovanjem in podporo;
- visoko stopnjo sodelovanja javnosti pri sprejemanju odločitev, ki zadevajo njeno življenje, zdravje in blaginjo;
- osnovne potrebe (zdravo pitno vodo, hrano, bivališče, varnost, delo, možnost zaslužka);
- dostop do številnih izkušenj in informacij z možnostjo komuniciranja, povezovanja idr. elovanja;
- raznovrstno, vitalno in inovativno ekonomijo;
- povezavo z biološko in kulturno dediščino občanov;
- optimalno raven zdravstvenega stanja in zdravstveno dejavnost, dostopno vsem;
- ustrezno zdravstveno stanje (visok nivo zdravja in nizek nivo bolezni) (Vovk in Klinčar, 2010).

Prva pogoja za začetek razmišljanja o spremembi tveganega vedenja sta seznanjenost o škodljivostih teh vedenj in osveščenost o zdravem načinu življenja (Sušanj, 2007). Ta pogoja je možno izpolniti s promocijo zdravega načina življenja v lokalni skupnosti. Ta je pri ljudeh najbolje sprejeta takrat, kadar so programi in dejavnosti za spodbujanje zdravja prilagojeni lokalnim zahtevam (Tetra Dewi, Stenlund, Marlinauwati, Öhman in Weinehall, 2013). Pomembno vlogo pri promociji zdravja v lokalni skupnosti ima zdravstveni dom, v katerem deluje lokalni zdravnik, ki dobro pozna zdravstveno problematiko skupnosti idr. eluje pri izvedbi programov. Ni pa edini. Sodelovati mora s predstavniki lokalne uprave, ki nudijo pomoč pri umestitvi programa in informiranju prebivalcev o poteku programa. V promocijo zdravja se lahko vključijo lekarne in lokalne trgovine, ki imajo poleg možnosti informiranja prebivalcev preko plakatov tudi možnost zagotavljanja zdrave ponudbe. K motivaciji in vključevanju tematike o zdravju pripomorejo lokalna društva s pestrimi aktivnostmi in prepoznavnostjo v okolju. Pomembno vlogo ima cerkev, ki pripomore k dobremu sprejemanju programov in informiranju prebivalcev o dogodkih in aktivnostih. Na uspešnost programov vplivajo tudi osebe, ki so v svojem okolju cenjene, priljubljene in spoštovane. Pri izvajanju različnih programov in izvedbi delavnic se je potrebno prilagoditi načinu življenja in delovnem ciklusu prebivalcev. Spodbujajo se aktivnosti, sprejemljive za večino prebivalstva. Upoštevati je potrebno uporabo narečnega govora za lažjo raz-

lago in razumevanje določene tematike. Posredovanje informacij poteka prav tako preko lokalnih medijev: lokalne televizije, radia in glasil (Belović, Mesarič, Kranjc Nikolić, Jovanović in Verban Buzeti, 2008).

### *3.1 Vloga lokalne skupnosti pri spodbujanju zdravega prehranjevanja*

Prehranski vnos, prehranjevalne navade in prehranski status so pomembne determinante večine kroničnih nenalezljivih bolezni. Lahko predstavljajo dejavnik tveganja, ki zdravje ogroža. Lahko pa so varovalni dejavnik, ki zdravje krepi in izboljša kakovost življenja. Pogostost splošnega nezdravega prehranjevanja v populaciji odraslih prebivalcev Slovenije se ocenjuje na približno 52 % (Hlastan Ribič, Maučec Zakotnik, Kranjc in Šerona, 2012).

Namen in cilj promocije zdravega prehranjevanja v lokalni skupnosti je dvig nivoja osveščenosti prebivalcev o pomenu zdrave prehrane in zdravega načina prehranjevanja. Prebivalce se želi informirati o pomenu lokalne samooskrbe s hrano, zlasti s svežim sadjem in zelenjavo. Ponudnike prehrane v lokalni skupnosti pa spodbuditi k pripravi zdravih obrokov in promociji zdrave slovenske hrane (Vovk in Klinčar, 2010). Prehranjevalne navade ljudi bi se lahko spremenile oziroma izboljšale na več načinov:

- z uvedbo učinkovite davčne politike na področju živil, npr. večje obdavčenje sladkih pijač, slaščic, mastnih živil;
- s prepovedjo oglaševanja nezdrave hrane;
- z lažjo dostopnostjo in izbiro zdrave hrane, zlasti za socialno ogrožene ljudi;
- s politikom na področju prehranjevanja, ki spodbuja sistem lokalno pridelane hrane;
- s programi in aktivnostmi za ozaveščanje, obveščanje in izobraževanje prebivalcev o zdravem načinu prehranjevanja od zgodnje mladosti naprej (Hlastan Ribič, Maučec Zakotnik, Kranjc in Šerona, 2012);
- z informiranjem vodij šolske prehrane v vrtcih in osnovnih šolah, staršev in otrok na temo zdravega prehranjevanja;
- z informiranjem občanov o pravilni prehrani, izvedbi predavanj in delavnic za odraslo populacijo (Vovk in Klinčar, 2010).

Izvajalci promocije zdrave prehrane so lahko zdravstveni domovi, vrtci, osnovne in srednje šole, kmetije, ekološke kmetije, ponudniki gostinskih uslug in zainteresirani posamezniki (Vovk in Klinčar, 2010).

### *3.2 Vloga lokalne skupnosti pri spodbujanju telesne aktivnosti*

Na udeležbo pri telesni aktivnosti vpliva več osebnih dejavnikov: spol, starost, raven spretnosti, zmožnost ali nezmožnost, odnos do telesne dejavnosti in motivacija. Ključne ovire za telesno dejavnost so: pomanjkanje časa, pomanjkanje motivacije in skrb zaradi varnosti. Te ovire je potrebno preučiti, da se lahko odpravijo (Edwards in Tsouros, 2007).

Namen in cilj promocije telesne aktivnosti v lokalni skupnosti ni samo povečati število otrok in mladine, ki se aktivno vključujejo v prostovoljne športne aktivnosti, temveč tudi povečati športno rekreativne dejavnosti odraslih in starejših s ciljem, da se ohranja in izboljša njihov celostni zdravstveni status in zmanjša negativne posledice

današnjega načina življenja. Prav tako se želi zagotoviti prostorske, kadrovske in finančne pogoje za ohranitev in razvoj obstoječih športnih panog. Dvig športne kulture je možen z dostopnostjo telovadnic v popoldanskem času, v času počitnic in praznikov. Prav tako pa je potrebno spodbujati gibanje v naravi. Popularizirati je potrebno hojo, tek in kolesarjenje, ki imajo večkratni učinek na zdravje in počutje ljudi in ne predstavljajo posebnih stroškov ter so dostopne praktično vsakemu posamezniku. Pomembno vlogo pri promociji športa imajo klubi in društva (Vovk in Klinčar, 2010).

### *3.3 Vloga lokalne skupnosti pri preprečevanju razvoja škodljivih razvad in odvisnosti*

Škodljivo in čezmerno pitje alkoholnih pijač je znan javno-zdravstveni problem. Alkohol se za tobakom, nepravilno prehrano in telesno neaktivnostjo uvršča med dejavnike, ki največ prispevajo k umrljivosti. Posledice prekomernega uživanja alkohola se lahko kažejo s škodljivimi družbenimi pojavi: nasilje, huliganstvo, kriminal, družinske težave, socialna izključenost, nizka delovna storilnost in veliko število smrtnih žrtev na cestah. Posledice se kažejo tudi na duševnem in telesnem zdravju (Zaletel Kragelj, Fras, Maučec Zakotnik in Lekić, 2004). Lokalno okolje predstavlja mesto, kjer se lahko z mobilizacijo skupnosti k zavzemanju aktivne vloge pri spreminjanju ne le posameznikovega pivskega vedenja, temveč tudi dejavnikov iz okolja, ki vplivajo na pivsko vedenje, zmanjša škoda, povzročena z alkoholom (WHO, 2006, v Hovnik Keršmanc, 2011). Z raziskovanjem pivskega vedenja na lokalni ravni so pridobljeni podatki bolj točni, kot če bi se raziskave delale na nacionalni ravni. Na začetku je potrebno opraviti analizo navad pitja alkohola ljudi v določenem lokalnem okolju in pregledati podatke o pivskih navadah ljudi. Zbrati je potrebno specifične informacije o pivskih navadah: količina popitega alkohola, vzorec pitja, posledice pitja alkohola in vzroke za pitje alkohola in na podlagi pridobljenih rezultatov oblikovati lokalno kampanjo za zmanjševanje porabe alkohola. V kampanjo naj se vključujejo vse strukture lokalne skupnosti. Posebno vlogo pa imajo mediji z oglaševanjem preko radia, televizije, revij, časopisov, plakatov (Rosiers, Möbius in Autrique, 2008). Lokalna skupnost lahko prav tako vzpostavi in spodbuja delovanje programov pri delu z odvisniki, spodbuja skupine za samopomoč in prostovoljno delo (Vovk in Klinčar, 2010).

### *3.4 Vloga lokalne skupnosti pri zmanjševanju pojava duševnih bolezni*

Epidemiološki podatki o pogostosti duševnih motenj kažejo na ogromno epidemijo, ki zajema kar desetino človeštva in njegovo četrtno, kadar vključuje duševne motnje, ki se pojavijo enkrat v življenju (WHO, 2008, v Švab, 2011). Službe za duševno zdravje se načrtujejo kot integrirane zdravstvene in socialne službe, ki odgovarjajo na potrebe prebivalstva v lokalni skupnosti. Podatki, ki služijo oceni potreb po službah za duševno zdravje na lokalni ravni so demografski podatki, podatki o obolevnosti in podatki o obstoječih službah na vseh ravneh zdravstvenega in socialnega varstva (Švab, 2011).

Kronične stresne obremenitve vodijo v telesne in duševne bolezni, zato si je potrebno prizadevati za zmanjševanje izpostavljenosti potencialnim stresorjem in za krepitev varovalnih dejavnikov in učenja strategije obvladovanja stresne reakcije. Oboje se

mora vršiti na treh ravneh: makro-, mezo- in mikro-ravni. Zmanjševanje izpostavljenosti potencialnim stresorjem na makroravni pomeni, da država zmanjšuje tiste dejavnike, ki povečajo tveganje za zdravje in so potencialni stresorji, na primer diskriminacija, revščina, nezaposlenost, slabi bivalni pogoji. Mezoraven obsega lokalno, šolsko in delovno okolje. Tu se odkrivajo potencialni stresni dogodki in se zmanjšujejo oziroma se jih odpravi. Na primer slabi medsebojni odnosi. Na mikroravni oziroma individualni ravni je potrebno posameznike naučiti prepoznati za njih specifične dogodke, stvari, okoliščine, ki jim povzročajo negativni stres. Varovalni dejavniki pred duševnimi motnjami so občutek kontrole nad lastnim življenjem, visoka samopodoba, socialna podpora, materialni, fizični, osebni, informacijski in izobrazbeni viri. Strategije za obvladovanje stresa so sprostitvene tehnike, tehnike izražanja čustev in reševanja problemov. V različnih okoljih, tudi v lokalnem okolju, je potrebno razvijati standardizirane in nacionalno poenotene programe, ki so učinkoviti pri obvladovanju in odpravljanju stresorjev (Bajt in Jeriček Klanšček, 2012).

### 3.5 Vloga lokalne skupnosti pri varovanju okolja

Fizično okolje, ki obdaja ljudi, je naravno okolje, prepleteno z vplivi človeškega delovanja. Človek je element tega okolja. S svojim delovanjem vpliva na sestavine fizičnega okolja, kot so voda, zrak, zemlja. Prav tako okolje vpliva na življenjske in bivanjske pogoje človeka in s tem tudi na zdravje in kakovost življenja. Ekonomske potrebe, socialno stanje, družbena ureditev, kultura sistem vrednot in izobrazba so dejavniki, ki vplivajo na odnos družbe do fizičnega okolja. Tako določajo razmere v okolju, s tem pa tudi vrsto in obseg vpliva na zdravje človeka (Eržen, Gajšek, Hlastan Ribič, Kukec, Poljšak in Zaletel Kragelj, 2010).

Varovanje okolja zajema varovanje vode in zraka, ravnanje z odpadki, komunalne storitve in vzdrževanje infrastruktur. Pri tem sodeluje vsak posameznik, zato je splošna okoljska osveščenost v lokalni skupnosti nujnega pomena (Vovk in Klinčar, 2010).

## 4 Lokalni koordinatorji

Lokalni koordinatorji so osebe iz lokalne skupnosti, ki predstavljajo gonilno silo programov, organiziranih v lokalni skupnosti. Ljudje jih poznajo, jim zaupajo, verjamejo, so komunikativni in spoštovani v okolju. Njihove naloge so:

- motivacija prebivalcev lokalne skupnosti za sodelovanje v programih;
- sodelovanje z županom, lokalno upravo in lokalnim zdravnikom;
- izbira lokalnih sodelavcev – tima za podporo pri programih;
- sodelovanje z lokalnimi društvi, združenji in ostalimi deležniki;
- organiziranje izvedbe posameznih srečanj v lokalni skupnosti;
- redno obveščanje prebivalcev preko občinskih, lokalnih glasil in ostalih medijev;
- organizacija spremljajočih aktivnosti na posameznem srečanju: meritve krvnega tlaka, telesna aktivnost, obeležitev praznikov ...



- umeščanje vsebin zdravja v že obstoječe aktivnosti (Belović, Mesarič, Kranjc Nikolič, Jovanović in Verban Buzeti, 2008).

Ker imajo številne naloge, se morajo sproti izobraževati in povezovati z ostalimi lokalnimi koordinatorji, da pride do pravočasne izmenjave znanja in mnenj. V svoje delo morajo vnašati nove ideje, biti morajo kreativni in iznajdljivi, saj se lokalna okolja med seboj razlikujejo in zato morajo aktivnosti prilagoditi okolju, kjer delujejo. Sodelovati morajo z dobrimi poznavalci lokalne skupnosti ter z osebami, ki izvajajo programe spodbujanja zdravja. To so zdravniki različnih specialnosti, medicinske sestre, profesorji zdravstvene vzgoje, fizioterapevti, inženirji živilske industrije, agronomije, učitelji gospodinjstva, kuharji in drugi strokovnjaki. Pri spodbujanju zdravja sodeluje torej multidisciplinaren tim. Lokalni koordinatorji skrbijo, da se programi izvajajo v prijetnem in sproščenem okolju ter spodbujajo aktivno sodelovanje udeležencev (Belović, Mesarič, Kranjc Nikolič, Jovanović in Verban Buzeti, 2008).

## 5 Sklep

Vsak posameznik je najbolj odgovoren za svoje zdravje, naloga države pa je, da v sodelovanju z različnimi strokami in znanostmi ustvarja takšne pogoje, v katerih lahko ljudje skrbijo za svoje zdravje. Vloga lokalne skupnosti je vzpostavitev splošnih razmer, ugodnih za ohranjanje in krepitev zdravja, zdravstveno vzgojno delo v smislu informiranja in motiviranja posameznikov, da aktivno skrbijo za svoje zdravje. Samo z zdravstveno vzgojnimi programi omogočamo posamezniku oblikovati znanja, stališča in vedenjske vzorce za zdrav način življenja in posledično za zdravo družbo.

## LITERATURA

1. Bajt, M. in Jeriček Klanšček, H. (2012). Stres. V J. Maučec Zakotnik, S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec in L. Zaletel-Kragelj (ur.), *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije* (str. 109–132). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
2. Belović, B., Mesarič, E., Kranjc Nikolič, T., Jovanović, J. in Verban Buzeti, Z. (2008). Zgodba o programu *Živimo zdravo*. Murska Sobota: Zavod za zdravstveno varstvo.
3. Devjak, T. in Devjak, S. (2013). Primarno zdravstveno varstvo občanov: partnerstvo med lokalno skupnostjo in zdravstvenimi domovi. *Revija za zdravstvene vede*, 1 (1), 106–117.
4. Edwards, P. in Tsouros, A. (2007). Spodbujanje telesne dejavnosti in aktivnega življenja v mestnih okoljih: vloga organov lokalnih oblasti. Maribor: Zavod za zdravstveno varstvo.
5. Eržen, I., Gajšek, P., Hlastan Ribič, C., Kukec, A., Poljšak, B. in Zaletel Kragelj, L. (2010). Zdravje in okolje. V I. Eržen (ur.), *Zdravje in okolje: izbrana poglavja* (str. 5–18). Maribor: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta.
6. Hlastan Ribič, C., Maučec Zakotnik, J., Kranjc, M. in Šerona, A. (2012). Prehranjevanje. V J. Maučec Zakotnik, S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec in L. Zaletel-Kragelj (ur.), *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije* (str. 31–49). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
7. Hovnik Keršmanc, M. (2011). Hitra analiza skupnosti kot osnova za pripravo programa zmanjševanja škode zaradi alkohola na lokalni ravni. V J. Farkaš Lainščak in L. Zaletel Kragelj (ur.), *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2011, z dokazi podprto javno zdravje* (str. 28–35). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

8. Ivanuša, M. (2012). Več zdravja za bolj polno življenje. V J. Završnik in M. Ivanuša (ur.), *Za aktivno in bolj zdravo starost* (str. 5–8). Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego.
9. Jerman, T., Letnar Žbogar, N. in Peternel, L. (2011). Strategija zmanjševanja neenakosti v zdravju v ljubljanski zdravstveni regiji. Ljubljana: Zavod za zdravstveno varstvo.
10. Krampač, I. in Stanojevič Jerkovič, O. (2012). Skrb za zdravo staranje v Mariboru – projekt »New Age«. V J. Završnik in M. Ivanuša (ur.), *Za aktivno in bolj zdravo starost* (str. 27–34). Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego.
11. Ministrstvo za zdravje (2011). Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020. Pridobljeno 5. 9. 2015, s [http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/2011/zdravstvena/NADGRADNJA\\_ZDRAVSTVENEGA\\_SISTEMA\\_DO\\_LETA\\_2020\\_pdf\\_160211.pdf](http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/2011/zdravstvena/NADGRADNJA_ZDRAVSTVENEGA_SISTEMA_DO_LETA_2020_pdf_160211.pdf).
12. Ministrstvo za zdravje. (2007). Strategija Vlade Republike Slovenije na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja. Pridobljeno 5. 9. 2015, s [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/delovna\\_podrocja/javno\\_zdravje/strategija\\_vlade\\_RS\\_podrocje\\_telesne\\_dejavnosti.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/javno_zdravje/strategija_vlade_RS_podrocje_telesne_dejavnosti.pdf).
13. Nichols, M. S., Reynolds, R. C., Waters, E., Gill, T., King, L., Swinburn, B. A. idr. (2013). Community-based efforts to prevent obesity: Australia-wide survey of projects. *Health promotion journal of Australia*, 24 (2), 111–117.
14. Poljšak, B. in Lampe, T. (2011). Proces staranja: vzroki, posledice in ukrepi. V D. Rugelj in F. Sevšek (ur.), *Aktivno in zdravo staranje* (1 – 6). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
15. Rosiers, J., Möbius D. in Autrique, M. (2008). To empower the community in response to alcohol threats. Pridobljeno 5. 9. 2015, s [http://www.vad.be/media/47495/ecat\\_manual.pdf](http://www.vad.be/media/47495/ecat_manual.pdf).
16. Sušanj, D. (2007). Promocija zdravja v lokalni skupnosti – vpliv na spremembe vedenja občanov (Zaključna projektna naloga). Koper: Univerza na primorskem, Fakulteta za management.
17. Švab, V. (2011). Z dokazi podprto načrtovanje na področju duševnega zdravja. V J. Farkaš Lainščak in L. Zaletel Kragelj (ur.), *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2011, z dokazi podprto javno zdravje* (str. 73–77). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.
18. Tetra Dewi, F. S., Stenlund, H., Marlinawati, V. U., Öhman A. in Weinehall, L. (2013). A Community intervention for behaviour modification: an experience to control cardiovascular diseases in Yogyakarta, Indonesia. Pridobljeno 5. 9. 2015, s <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-13-1043.pdf>.
19. Virant, G. (2004). Pravna ureditev javne uprave. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
20. Vlaj, S. (2006). Teorija javne uprave. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
21. Vovk, M. in Klinčar, J. (2010). Program dela promocija zdravja v lokalni skupnosti v letu 2010. Pridobljeno 5. 9. 2015, s [http://www.orz.si/images/stories/aktivni/zdravo-mesto/Program\\_Promocija\\_zdravja\\_v\\_lokalni\\_skupnosti\\_Sl\\_Konjice\\_2010.pdf](http://www.orz.si/images/stories/aktivni/zdravo-mesto/Program_Promocija_zdravja_v_lokalni_skupnosti_Sl_Konjice_2010.pdf).
22. Zaletel Kragelj, L., Fras, Z., Maučec Zakotnik, J. in Lekić, K. (2004). Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Ljubljana: CINDI Slovenija.
23. Zaletel-Kragelj, L., Eržen, I. in Premik, M. (2007). Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Katedra za javno zdravje.

## **Clostridium difficile enterokolitis među bolesnicima na rehabilitaciji**

UDK 615.82/83:616.3

**KLJUČNE RIJEČI:** rehabilitacija, enterokolitis, *Clostridium difficile*, kontaktna izolacija

**POVZETEK** - *Clostridium difficile* je sve češći uzročnik dijareje povezane sa zdravstvenom skrbi u hospitaliziranih bolesnika. Analizom medicinske dokumentacije od 2010. godine do 9.-tog mj. 2015. godine, izdvojeni su bolesnici koji su imali enterokolitis s dokazanim *Cl. difficile* toksinom (prva pojava ili relaps). Zabilježen je značajan trend porast broja oboljelih. Dok ih je 2010. bilo svega 3 uz jedan relaps, 2014. je bilo 27 bolesnika uz 4 relapsa. Najugroženiji su oboljeli od neuroloških bolesti dok se tek sporadično pojavljuje među bolesnicima na drugim tipovima rehabilitacije. Većina bolesnika je direktno premještena na rehabilitaciju iz drugih ustanova, a kod 15% bolesnika dijareja bila prisutna već kod primitka na rehabilitaciju. Kod više od polovice oboljelih se infekcija javila tijekom ili nakon provedene antibiotske terapije radi nekog drugog infekta. Oko 60 % bolesnika bilo je starije od 60 godina, 40 % bile su žene. Sve je češća neučinkovitost terapije metronidazolom. Kod svih bolesnika bile su primijenjene mjere kontaktne izolacije što povećava troškove rehabilitacije i liječenja, a bolesnike ograničava u provođenju nekih rehabilitacijskih postupaka, a neki su prekinuli rehabilitaciju i bili premješteni na infektivne odjele.

UDC 615.82/83:616.3

**KEY WORDS:** rehabilitation, enterocolitis, *Clostridium difficile*, contact isolation

**ABSTRACT** - *Clostridium difficile* is becoming increasingly common cause of healthcare associated diarrhoea in hospitalised patients. Analysing medical records from 2010 to September 2015, we separated the patients who had enterocolitis with proven *Cl. difficile* toxin (first appearance or relapse). There was a significant trend of increase in their number: While in 2010 there were only 3 patients and one relapse, in 2014 there were 27 patients with 4 relapses. The most vulnerable are patients suffering from neurological conditions while it only sporadically occurred among patients at other types of rehabilitation. Most patients were directly transferred to rehabilitation from other institutions, and in 15% of patients diarrhoea was present at admission. In more than a half of the patients the infection occurred during or after the antibiotic therapy indicated for some other infection. Approximately 60% of patients were older than 60 years, 40% were women. There is a growing resistance to metronidazole therapy. Contact isolation was implemented for all infected patients, which has increased the costs of rehabilitation and treatment and limited the patients in carrying out some rehabilitation procedures, and what is more, in some patients the rehabilitation has even had to be stopped and they were transferred to the infectious wards.

### **1 Uvod**

*Clostridium difficile* je anaerobna, gram pozitivna, sporogena bakterija koja kada se nađe u ljudskom probavnom traktu može izazvati stanja (CDAD – *Clostridium difficile* associated disease) od asimptomatske kolonizacije preko blage nekomplicirane dijareje do po život opasnih stanja, paralitičkog ileusa i toksičnog megakolona, a bolest nastaje radi lučenja dva egzotoksina u probavnom traktu – enterotoksina A i citotoksina B. To je najčešći uzrok dijareje među hospitaliziranim bolesnicima (Cohen idr., 2010), najčešće se prenosi kontaminiranim površinama ili preko kontaminiranih ruku zdravstvenih djelatnika (McFarland i Stamm, 1986). Incidencija mu je u porastu (Song idr., 2008),

a svi oboljeli zahtijevaju provođenje mjera kontaktne izolacije. Cilj rada bio je proučiti učestalost infekcija povezanih s *Cl. difficile* u specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju neuroloških, ortopedskih, kraniocerebralnih, kardioloških i reumatskih bolesnika te postoji li porast broja takvih bolesnika u zadnjih pet godina i devet mjeseci.

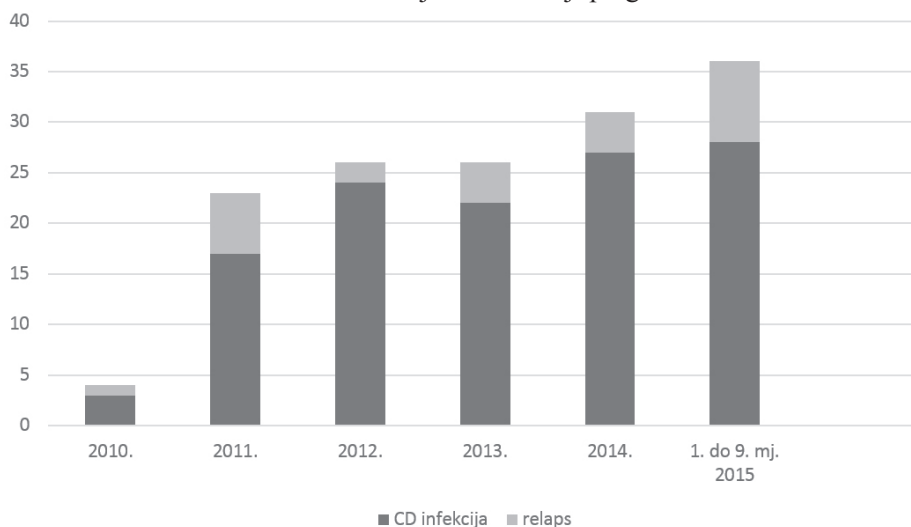
## 2 Metoda

Korišteni su podaci bolničkog tima za kontrolu bolničkih infekcija o praćenju bolesnika na stacionarnoj rehabilitaciji oboljelih od *Cl. difficile* enterokolitisa u zadnjih pet godina i devet mjeseci (od 2010. do 9.-tog mjeseca 2015.). Analizirani su podaci o pojavi dijareje s pozitivnim testom na toksin A i/ili B *Cl. difficile* kao i relapsi bolesti. Za bolesnike od 2012. nadalje analizirani su i različiti čimbenici koji povećavaju rizik od pojave bolesti – dob bolesnika, osnovna dijagnoza radi koje su zaprimljeni na rehabilitaciju, prethodna terapija antibioticima, boravak u specijaliziranoj bolnici za liječenje zaraznih bolesti, kao i uspješnost liječenja same infekcije.

## 3 Rezultati

Zabilježen je značajan porast broja oboljelih od enterokolitisa s pozitivnim *Cl. difficile* toksinom. Dok su 2010. bila svega 3 slučaja uz 1 relaps, 2011. ih je bilo 17 uz 6 relapsa, 2012. 24 slučaja uz 2 relapsa, 2013. 22 bolesnika i 4 relapsa, 2014. 27 bolesnika i 4 relapsa, a u prvih 9 mjeseci 2015. godine 28 bolesnika i čak 8 relapsa (Graf 1).

*Graf 1:* Učestalost *Cl. difficile* toksin pozitivnog enterokolitisa (CD infekcija) i relapsa među bolesnicima na stacionarnoj rehabilitaciji po godinama



*Izvor:* podaci Tima za kontrolu bolničkih infekcija 2010-2015.

Prosječna dob oboljelih bila je 64.3 godine, a 62.8 % ih je bilo starije od 60 godina. Među oboljelima, 40 % su bile žene. Nije bilo pojave epidemija. Većina bolesnika (93 %) koji su imali *Cl. difficile* pozitivan enterokolitis premještena je na stacionarnu rehabilitaciju izravno iz drugih bolničkih ustanova, a od onih 7 % koji su došli od kuće veliki broj ih ima u anamnezi prethodni dulji boravak u bolnici. Iz ustanove specijalizirane za liječenje infektivnih bolesti ih je na rehabilitaciju premješteno 16.7 %.

Najčešće su oboljevali bolesnici na neurološkoj rehabilitaciji (stanje iza moždanog udara, meningitisa/meningoencefalitisa, kranio cerebralne traume) – koji predstavljaju čak 68.6 % bolesnika oboljelih od CDAD, mnogo manje bolesnici na ortopedskoj rehabilitaciji (stanje iza TEP kuka ili koljena, artroplastike i sl., 15.7 %). Kod 15 % bolesnika dijareja je bila prisutna već kod prijema na rehabilitaciju. Kod 59.8 % oboljelih se dijareja javila tijekom ili nakon provedene antibiotske terapije radi nekog drugog infekta.

Neučinkovitost terapije metronidazolom je zamijećena u 30 % bolesnika koji su stoga liječeni vankomicinom. Kod svih bolesnika su primijenjene mjere kontaktne izolacije za vrijeme trajanja bolesti, a 39.2 % ih je radi infekcije moralo prekinuti rehabilitaciju.

## 4 Rasprava

Bolesti povezane s *Clostridium difficile* (CDAD) postaju u današnje vrijeme sve veći problem ne samo u akutnim zdravstvenim ustanovama već i u rehabilitacijskim centrima i ustanovama za produženo liječenje i skrb, ali i u zajednici (Simor, Bradley, Strausbaugh, Crossley i Nicolle, 2015; Vindigni i Surawicz, 2015). *Cl. difficile* postaje sve učestaliji uzročnik bolničkih infekcija, sve su češće i bolničke epidemije, a pojavom hipervirulentnih sojeva opasnost postaje sve veća, a suzbijanje teže (Sunenshine i McDonald, 2006; Cartman, Heap, Kuehne, Cockayne i Minton, 2010). Čimbenici rizika za pojavu CDAD su, osim antibiotske terapije, starija životna dob, težina osnovne bolesti, nekirurške gastrointestinalne procedure, prisustvo nazogastrične sonde (NGS), gastrostome (PEG) ili jejunostome, korištenje antacida u terapiji, duljina boravka u bolnici, trajanje antibiotske terapije, korištenje više različitih antibiotika (Bignardi, 1998). Starija životna dob je značajan čimbenik rizika za razvoj i relapse bolesti te mortalitet od CDAD, a povećan rizik u starijih može biti povezan s učestalijim boravkom u zdravstvenim ustanovama, korištenjem više vrsta lijekova, izmijenjenom crijevnom mikroflorom i komorbiditetima (Mizusawa, Doron i Gorbach, 2015).

Kada se navedeno uzme u obzir, tada je jasno da su oboljeli od neuroloških bolesti među bolesnicima s većim rizikom za pojavu CDAD obzirom na prisutnost više rizičnih čimbenika – radi se najčešće o starijim bolesnicima koji radi neurološkog deficita često imaju nazogastričnu sondu ili gastrostomu, često u terapiji imaju antacide, imunološki sustav im je oslabljen, boravak u bolnici dugotrajan i učestalo radi drugih bolničkih infekcija primaju antibiotike. Kod ortopedskih bolesnika se najčešće radilo o prethodno uvedenoj antibiotskoj terapiji radi postoperativnog infekta.

Kako bi se spriječila tj. smanjila pojava infekcija i epidemija potrebno je procijeniti potrebu za uvođenjem i trajanjem antibiotske terapije te izbor antibiotika. Timovi za kontrolu bolničkih infekcija moraju čim prije identificirati bolesnike koji su u većem riziku i pratiti ih, čim ranije prepoznati i testirati bolesnike kod kojih se razvila bolest kako bi se što ranije započelo s liječenjem (Kelly, 2012), ali i provođenjem mjera za sprečavanje širenja infekcije među drugim bolesnicima.

Pojava CDAD višestruko šteti bolesnicima koji su primljeni na rehabilitaciju – osim opasnosti od same bolesti koja ponekad može imati vrlo ozbiljan tijek, takvi bolesnici učestalo prekidaju rehabilitacijski postupak ili je on bitno modificiran jer se tijekom trajanja bolesti provode kontaktne mjere izolacije. Tijekom kontaktne izolacije bolesnici su smješteni u jednokrevetne sobe sa sanitarnim čvorom ili se kohortiraju ukoliko ih je više te ne mogu obavljati sve rehabilitacijske procedure. Pojava CDAD i provođenje mjera izolacije povećava i troškove zdravstvenog sustava. Imajući u vidu da spore mogu opstati na površinama i više tjedana, pa i mjeseci, da su otporne na većinu standardno korištenih dezinficijensa, antiseptika i sredstava za čišćenje, ustanova mora imati spremne protokole za prevenciju infekcije kod pojave CDAD i na vrijeme ih početi primjenjivati.

## 5 Zaključak

Pojava stanja povezanih s *Cl. difficile* sve je češća i u bolnici za rehabilitaciju, osobito među starijim i neurološkim bolesnicima te onima koji su pod antibiotskom terapijom. Takve bolesnike potrebno je na vrijeme identificirati i izolirati kako bi se spriječila pojava epidemije. Pojava bolesti i izolacija negativno utječe na samu rehabilitaciju bolesnika bilo da se mora prekinuti bilo da su postupci reducirani za vrijeme trajanja infekcije.

## LITERATURA

1. Bignardi, G. E. (1998). Risk factors for *Clostridium difficile* infection. *Journal of Hospital Infection*, 40, 1–15.
2. Cartman, S. T., Heap, J. T., Kuehne, S. A., Cockayne, A. and Minton, N. P. (2010). The emergence of 'hypervirulence' in *Clostridium difficile*. *International Journal of Medical Microbiology*, 300, 387–295.
3. Cohen, S. H. idr. (2010). Clinical practice guidelines for *Clostridium difficile* infection in adults: 2010 update by the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) and the Infectious Diseases Society of America (IDSA) *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 31, 431–455.
4. Kelly, C. P. (2012). Current strategies for management of initial *Clostridium difficile* infection. *Journal of Hospital Medicine*, 7, 5–10.
5. McFarland, L. V. and Stamm, W. E. (1986). Review of *Clostridium difficile* associated diseases. *American Journal of Infection Control*, 14, 99–109.
6. Mizusawa, M., Doron, S. and Gorbach, S. (2015), *Clostridium difficile* Diarrhea in the Elderly: Current Issues and Management Options. *Drugs and Aging*, 32, 639–647.

7. Simor, A. E., Bradley, S. F., Strausbaugh, L. J., Crossley, K. and Nicolle L. E. (2015). Clostridium difficile in Long-Term-Care Facilities for the Elderly. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 23, 696–703.
8. Song, X. idr. (2008). Rising economic impact of clostridium difficile-associated disease in adult hospitalized patient population. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 29, 823–828.
9. Sunenshine, R. H. and McDonald, L. C. (2006). Clostridium difficile-associated disease: New challenges from an established pathogen. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, 73, 187–197.
10. Vindigni, S. M. and Surawicz, C. M. (2015). C. difficile Infection: Changing Epidemiology and Management Paradigms. *Clinical and translational gastroenterology*, 6, e99.

# Timsko sodelovanje institucij za kakovostno obravnavo starostnika

UDK 364-783.2-053.9

**KLJUČNE BESEDE:** domovi za starejše, strokovni razvoj, medinstitucionalno sodelovanje

**POVZETEK** - Center starejših Zimzelen izvaja institucionalno varstvo starejših od 65 let. Uporabniki tovrstnih institucij največkrat potrebujejo poleg osnovne oskrbe (hrana, bivanje ...) tudi zdravstveno nego. Pri celotni obravnavi uporabnika je pomembno medinstitucionalno sodelovanje doma, bolnišnice in drugih zdravstvenih ustanov. Domovi starejših se prilagajajo vedno novim zahtevam potencialnih uporabnikov. Zadovoljstvo stanovalcev in njihovih sorodnikov je merilo kakovosti institucije, samozadostnost vodstva in osebja ob sicer visokem strokovnem znanju pa je premalo, da bi lahko zadostili njihovim pričakovanjem. Timska obravnava in medinstitucionalno povezovanje ne zagotavljata le kakovostne oskrbe, temveč prispevata tudi k strokovnemu razvoju zaposlenih in institucije. Timsko sodelovanje prispeva k pridobivanju specifičnega znanja skozi primere iz prakse in tako vodi k pridobivanju kompetenc zaposlenih. S povezovanjem se strokovno znanje plemeniti. Dinamika komuniciranja daje prostor za vsa dodatna vprašanja, pojasnila in s tem za nabor neprecenljive količine podatkov, ki so za kakovostno obravnavo stanovalca/pacienta tako pomembni. Uporabniku in svoju nudijo občutek varnosti. Z ekonomskega vidika pomeni timski pristop prihranke, saj ne prihaja do podvajanja aktivnosti.

UDC 364-783.2-053.9

**KEY WORDS:** elderly homes, professional development, interinstitutional cooperation

**ABSTRACT** - The Elderly Care Centre Zimzelen offers institutional care for seniors over the age of 65. In addition to caring for their basic needs (food, housing, etc.), the majority of our residents also require healthcare. This is why an interinstitutional cooperation between the centre, hospitals and other healthcare institutions is important for an overall treatment of the residents. Elderly care centres adapt to everchanging requirements of their potential residents. The happiness of residents and their families marks the quality of an institution; however, in spite of the self-sufficiency and high-quality professional knowledge of the management and personnel, they cannot meet all expectations of their patients. A team approach and interinstitutional cooperation ensure high quality care, as well as help the institution and its employees to develop professionally. Through practice, the team approach helps to gain specific knowledge and consequently leads to more competent employees. Professional knowledge is enriched through the process of collaboration. The dynamics of communication gives way to any additional questions or explanations and therefore provides a vast quantity of valuable information, important for high quality patient or resident care. Economically, the team approach reduces costs, since there is no duplication of activities.

## 1 Uvod

Človek v teku svojega življenja prehaja iz enega obdobja v drugega in posledično od stopnje avtonomnosti in samostojnosti, ki jo pridobiva ali izgublja, izoblikuje tudi odnos do obdobja, v katerega vstopa. Odraščanje spremlja naboj pričakovanja in veselja. Vsako leto nas popelje na pot večje samostojnosti in neodvisnosti. Ljudje iz našega ožjega kroga (starši, stari starši, bratje, sestre) imajo na razvoj in zaščito posameznika prepoznaven vpliv. Če čas odraščanja bolj opredeljujejo občutki zanosa, ponosa, radosti, radovednosti, se s fazo staranja pogosteje začno pojavljajo občutki strahu pred odvisnostjo od drugih, občutki osamljenosti, žalosti. Skupna zgodnejšim fazam človekovega življenja in starosti je ranljivost.



V obeh obdobjih je pri človeku izrazitejša potreba po tem, da je zanj poskrbljeno, da je zaščiten, oboje pa gradi lasten občutek varnosti. Abraham Maslow je v psihološki teoriji (A Theory of Human Motivation): Hiarhija potreb po Maslowu potrebo po varnosti umestil v kategorijo potreb, ki človeku zagotavljajo preživetje.

## 2 Starostnik in njegove potrebe

### 2.1 Starostnik

Tretje - zadnje življenjsko obdobje v gerontologiji je starost, ki se oblikuje in razvija v nenehni izmenjavi med posameznikom in družbo. »Staranje lahko opišemo kot proces, ki prinaša spremembe na področjih zdravja in bolezni, avtonomije in odvisnosti, kompetenc in deficitov, svobodne volje, zapuščenosti in modrosti. V ospredje prihajajo občutki bojzani pred izgubo varnosti, razmišljanja glede umiranja, smrti, pravic in dolžnosti« (Baltes, 1999, v Kobentar, 2008).

O kakovostnem staranju govorimo, kadar gre za zdrav duševni in telesni razvoj, zdravo počutje, eksistencialno varnost in dobro socialno integracijo, ter nasprotno, ko se vrstijo primanjkljaji, prikrajšanosti in odkloni od zdravja (Kobentar, 2008). S starostjo ne zamreta zorenje in osebnostni razvoj človeka. Kot rdeča nit naše bivanjskosti je oblikovanje odnosa in smisla življenja.

Daljšanje življenjske dobe pomeni, da ljudje dočakajo višjo starost. Le-to lahko bolj kakovostno živijo ob zgrajeni socialni mreži. Stiki z drugimi imajo pomembno vlogo, odnos ostaja vitalna kategorija in strmi k ohranjanju. Pozitivne učinke na starost imajo tudi različne duhovne oblike, preko katerih človek izoblikuje pozitiven odnos do življenja. Nekakovostni odnosi v vsakdanjem življenju so vir konfliktov in slej ko prej razpadejo (Kobentar, 2008).

»V simbolni, preneseni obliki se vsak odrasel človek sreča v sebi z otrokom iz preteklosti in z otrokom sedanjosti« (Kobentar, 2008).

Uporabnik, ki je omejen pri komunikaciji, zato ne more zase celovito poskrbeti. Potrebuje podporo vseh tistih, ki se pojavljajo na teh relacijah.

### 2.2 Potrebe

Ambivalentnost med avtonomijo in odvisnostjo se pojavlja kot dilema med željo onemoglih, starejših ljudi po samostojnosti in neodvisnosti ter potrebo po pomoči in negovanju. Kakovost oskrbe in nege pogojujeta kultura sprejemanja pomoči uporabnika ter naravnost oskrbovalcev in institucije, da prestopi meje rigidnih delovnih metod. Izziv ostaja uravnavanje želje po tem, da pomagamo ter istočasno obvarujemo svobodo in dostojanstvo uporabnikov. Stalno pa je prisotno še vprašanje ali negovati in nuditi pomoč proti volji tistega, ki je pomoči potreben (Luescher in Schultheis, 1993; Hoepflinger, 1999, v Kobentar, 2008).

Če izhajamo iz predpostavke, da je učinkovita komunikacija eden od pogojev za zagotavljanje občutka varnosti starostnikov, ni zanemarljivo dejstvo, ki ga navaja Fili-

pičeva (1998) in s katerim se lahko tisti, ki delujemo na področju dela s starostniki, gotovo strinjamo. Filipičeva namreč govori o tem, da s starostjo človekove funkcije pešajo, tako je tudi z zmožnostjo komunikacije. To dejstvo osvetli dodatno potrebo po učinkoviti komunikaciji za zagotavljanje občutka varnosti.

### 3 Komunikacija

Filipičeva (1998) govori o tem, da je komunikacija med sodelavci in z bolniki sestavni del poklicnega delovanja medicinske sestre. Temu bi gotovo lahko dodali, da je komunikacija sestavni del poklicnega delovanja vseh, ki se na strokovni ravni srečujemo z oskrbo starostnikov, ne glede na to, v kateri instituciji smo zaposleni.

Človek večino svojega življenja kreira preko stikov z drugimi. Skozi odnose je vpet v različne skupnosti. Stična točka vseh odnosnih razmerij je komunikacija, od katere je odvisno doživljanje sebe, sveta in drugih.

Dinamika komunikacije zajema prilagajanje vzorca komunikacije konkretni situaciji, konkretnim partnerjem, konkretnim ciljem, vse to seveda v kontekstu temeljnih etičnih načel (Brajša, 1993, v Martinjak, 2002).

Pogoj za dobro komunikacijo je po Gordonu (1989, v Vec, 2002) osredotočanje na sprejemanje verbalnih in neverbalnih sporočil. Takšno je lahko že samo poslušanje, saj to daje drugemu občutek, da nas zanima, da ga sprejemamo in ga hkrati spodbuja k nadaljnjemu govorjenju.

#### 3.1 Komunikacija med zaposlenimi in uporabnikom

Trček (v Filipič, 1998) navaja, da bolniki pogosto, celo v 50 odstotkih ne razumejo, kar jim zdravstveni delavci govorijo.

Profesionalna komunikacija in odnosi zaposlenih v zdravstvu in socialnem varstvu omogočijo in pomagajo uporabniku, da se ponovno dokoplje do volje do življenja in do sozvočja s svetom. To pa je možno le skozi pristen stik s človekom, pri katerem se pravočasno in odgovorno odzivamo na njegove potrebe (Filipič, 1998).

Strokovnjak je odgovoren za svoje reakcije in komunikacijo. Ta je učinkovita in uspešna le, če je usmerjena k sogovorniku, iskrena, če se verbalno ujema z neverbalnim in vsebina z odnosom. (Martinjak, 2002). Da sogovornika zmoreta biti diskretna ob izrečenih intimnostih, kar izkazuje v komunikaciji spoštovanje in stopnjo sprejemanja drugega (Vec, 2002).

V razmišljanju o odprtih in zaprtih vprašanjih se sicer lahko strinjamo z Vecom (2002), da zaprta vprašanja največkrat blokirajo sogovorca v stiku samega s sabo in s svojimi čustvi. Pri delu s starimi pa se vendarle velikokrat pokažejo vprašanja odprtega tipa kot prekompleksna in prezahtevna, saj komunikacija s starostjo opeša, stari pa potrebujejo bolj konkretna vprašanja z jasno opredeljeno vsebino in problematiko. Komunikacija z njimi pa mora biti potrpežljiva, ker s tem daje varen prostor za izražanje.

### 3.2 *Komunikacija med institucijami*

Vse, kar je pomembno za komunikacijo znotraj institucije in z uporabniki, se lahko v nadaljevanju poveže še s komunikacijo med institucijami. Ta bi morala biti odprta, večsmerna in spoštljiva. Žal pa v praksi ugotavljamo, da komunikacija ne le da ni popolnoma takšna, ampak je v veliko primerih ni ali pa je zelo skopa in temelji na krajših pisnih sporočilih, brez poglobljenega uvida v uporabnikovo stanje, doživljanje in delo z njim.

Zaradi tega pa prihaja do osiromašenja pri postopkih, strokovnjakih in nenazadnje, pa vendarle najbolj pomembno, pri starostnikih, ki jim zaradi tega ni zagotovljena dovolj kakovostna storitev. Izvajanje oskrbe in nege zgolj iz vidika stroke z odsotnostjo osebno usmerjene komunikacije uporabnika degradira in prezre. Vsi smo med seboj soodvisni in povezani in razvoj človeka, institucije in še širše družbe temelji na običih vrednotah (spoštovanju, resnici, sočutju, sprejemanju ...), ki se materializirajo skozi kvaliteto komunikacije.

Odsotnost medinstitucionalnega komuniciranja privede do tega, da izoblikujemo različna sporočila do uporabnika in do njegovih svojcev. Če bi več komunicirali, bi se naše sporočilo poenotilo. V kolikor pa tega ni in uporabnik dobi različna ali celo nasprotujoča sporočila, posledično to pri njem in pri svojcih zbuja občutek nezaupanja in stiske.

Strokovnjaki v različnih institucijah bi se pri tem večsmernem komuniciranju in izmenjavi informacij morali usmeriti na točnost in jasnost informacij, ker so le-te bistvenega pomena za učinkovito oskrbo. Jasnost in točnost lahko vsak zagotavlja z uporabo temeljnih komunikacijskih tehnik, ki so dobro orodje in vodilo tudi pri tovrstni komunikaciji. Vec (2002) v tem smislu poleg aktivnega poslušanja navaja še zrcaljenje, kjer dobesedno odzrcalimo celo misel ali del misli, ki nam je bila povedana, in sicer s popolnoma istimi besedami; parafraziranje, kjer poskušamo zajeti bistvo sporočila in ugotoviti, kaj nam govorec pravzaprav sporoča, pa tudi povzemanje, kjer si skušamo sintetizirati obsežnejši sklop informacij. Ob koncu izmenjave je pomembno preverjanje lastnega razumevanja rdeče niti in sporočila za nadaljnje delo. V odnosu med institucijami je pomembno, da morebitno konfrontiranje in soočanje mnenj izvedemo med strokovnjaki, do uporabnika pa oblikujemo enotno sporočilo.

## 4 **Razmišljanje in sklepne ugotovitve**

V Centru starejših Zimzelen smo se z odločitvijo, da pristopimo k modelu kakovosti E-Qalín, odločili tudi za naravnost procesov na uporabnike (stanovalce, svojce in zaposlene). S tem smo oblikovali tudi kulturo hiše. Kakovost v institucionalnem varstvu danes postaja izziv, ker ljudje postajamo vse večji individualisti, pričakujemo in želimo več zasebnosti, naša merila in standardi tudi na področju komunikacije, moralno etičnih in materialnih standardov postajajo višji. Kakovost življenja starejših se torej ne enači le z »izvedbeno« strokovno opravljeno storitvijo, ampak je kakovost nadrejena kategorija stroki. Ta sprememba pri uporabnikih narekuje način dela

institucije. V primeru odsotnosti kakovostne oskrbe prihaja do nezadovoljstva in do konfliktnih situacij tudi na relaciji do svojcev.

Naše izkušnje v povezovanju z ostalimi institucijami – bolnišnice, CSD – so pokazale zelo dobre učinke za celostno obravnavo uporabnika v zdravstvenem in socialnem varstvu. Pri tistih uporabnikih, ki potrebujejo zahtevnejšo zdravstveno nego in prihajajo iz bolnišnic, je timska obravnavna in priprava načrta oskrbe v sodelovanju dveh institucij – dom za starejše in bolnišnica – pogoj za kakovostno oskrbo.

Metode dela, ki jih uporabljamo pri zagotavljanju nege in oskrbe, so vključevanje in komunikacija vseh deležnikov – laične in strokovne javnosti, torej vseh, ki prihajajo v stik z uporabnikom. Celotna dinamika obravnave in oskrbe pa poteka ob zagotavljanju moralno-etičnih standardov. Skozi takšen pristop zagotavljamo in omogočamo, da se pridobijo ustrezna znanja ter dodatna usposabljanja zaposlenih z izmenjavo znanj med institucijami.

Pri načrtu izvedbe sodelujejo uporabnik, svojci, zdravniki, medicinske sestre, fizio- in delovni terapevti, socialni delavci, tehnično podporne službe. Takšen načrt in izvedba obravnave primera oskrbe stanovalca ponuja rešitev na sistemskem nivoju, kako lahko z ustreznimi pristopi in ustreznim povezovanjem strokovnih področij domovi starejših predstavljajo primerno okolje pri zagotavljanju pomoči uporabnikom s težjo zdravstveno nego.

S povezovanjem se strokovno znanje plemeniti in prispeva k strokovnemu in osebno-stnemu razvoju zaposlenih. Pri sodelavcih se povečuje občutek vrednosti njihovega dela. Uporabnik pa se ob takšnem načinu dela postavi v središče. Oskrba in nega se uskladi z njegovimi pričakovanji, sposobnostmi in željami. Da lahko dosežemo takšno odprtost v izražanju, je pogoj iskrena komunikacija vseh.

Ob svoji peti obletnici delovanja smo v Centru starejših Zimzelen izpostavili pet vrednot hiše, te so spoštovanje, sočutje, odgovornost, ljubezen in resnicoljubnost. Poslanstvo Zimzelena se ob izvajanju osnovne dejavnosti socialne in zdravstvene oskrbe tako širi ali prepleta v sferah osebne in strokovne nadgradnje znanj ter moralno-etičnih načel.

V duhu kakovosti se vsak dan znova odločimo, da bomo delali dobro, odgovorno in spoštljivo drug do drugega.

## LITERATURA

1. Filipič, I. (1998). Komunikacija v zdravstveni negi. *Obzornik Zdr N*, 32, 221–225.
2. Kobentar, R. (2008). Socialni odnosi v starosti. *Socialna pedagogika*, 12 (2), 145–160.
3. Martinjak, N. (2002). Socialni pedagog – poklicni govorec. *Socialna pedagogika*, 6 (4), 395–404.
4. Musek, J. in Pečjak, V. (1992). *Psihologija. Hierarhija motivov po Maslowu*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, prenovljena in dopolnjena izdaja, 60.
5. Vec, T. (2002). Specifične komunikacijske tehnike v svetovalno-terapevtski praksi. *Socialna pedagogika*, 6 (4), 405–430.

# Prepoznavanje dementnega bolnika in komunikacija z njim

UDK 616.892.3:005.57

**KLJUČNE BESEDE:** demenca, starostniki, komunikacija

**POVZETEK** - Demenca je kronična napredujoča možganska bolezen, ki prizadene višje možganske funkcije. Komunikacija z dementnim bolnikom je zahteven proces. Od nas zahteva veliko potrpežljivosti, strpnosti, verbalne in neverbalne komunikacije ter toplih medčloveških odnosov. Je tudi edina pot, ki ohranja bolnikovo kakovost bivanja. Njena najpogostejša oblika je Alzheimerjeva bolezen, ki predstavlja več kot 80 odstotkov vseh demenc. Izvajanje življenjskih aktivnosti je pri pacientu z demenco zaradi narave obolenja pogosto okrnjeno. Pri obravnavi pacientov z demenco moramo upoštevati različne vidike njihovega življenja in interdisciplinarno sodelovanje strokovnjakov. Pomembna je vključitev svojcev in njihova ustrezna poučenost, ki prepreči marsikateri nesporazum v odnosu do pacienta z demenco. Pravilna komunikacija je za osebe z demenco izredno pomembna, da se počutijo sprejete in da niso odrinjene na rob družbe. To lahko dosežemo s pravilno verbalno in neverbalno komunikacijo. Da bi zagotovili bolnikom kakovostno in strokovno zdravstveno nego, moramo takega bolnika prepoznati in poznati osnove komunikacije z njim.

UDK 616.892.3:005.57

**KEY WORDS:** dementia, elderly, communication

**ABSTRACT** - Dementia is a chronic progressive brain disease that affects higher brain functions. Communication with dementia patients is a complex process. It requires much patience, tolerance, verbal and non-verbal communication, and warm human relations. It is also the only way that preserves the patient's quality of life. Its most common form is Alzheimer's disease, which represents more than 80 per cent of all dementia forms. Patient with dementia has often inadequate daily life. For the treatment of patients with dementia, we must consider various aspects of their lives and interdisciplinary cooperation of experts. It is important to integrate their relatives and provide them a proper education, which prevents many misunderstandings in relation to the patient with dementia. The most important for the person with dementia is a proper communication which allows them to feel accepted and not marginalised. This can be achieved with proper verbal and non-verbal communication. To provide professional care for patients with dementia, we need to recognise the symptoms and we need to have the basic knowledge on communication with the patients.

## 1 Uvod

Demenca je izraz, ki pokriva skupino kognitivnih motenj s tipičnimi simptomi motenj spomina. Kaže se kot motnja na področju izražanja, motoričnih sposobnosti in prepoznavnih motenj ter zmožnosti za planiranje, organiziranje in abstraktno pojmovanje. Demenca je bolezen starejših odraslih, ter narašča med starejšo populacijo, zato bi bilo potrebno tej problematiki nameniti več pozornosti že v preventivnem smislu (Waldemar idr., 2007), saj trenutno za to boleznijo na svetu trpi 35,6 milijonov ljudi in le tretjina od njih ima uradno potrjeno diagnozo (WHO, 2012; Sampson, 2010).

Bolezen je problematična z več vidikov in sicer tako glede simptomov, diagnoze kot tudi samega direktnega vpliva na bolnika z demenco in njegovo družino (Crowther, idr., 2013; Peacock, 2008). S stopnjevanjem boleznini bolnik z demenco postaja vse bolj in bolj odvisen od svojega okolja pri zadovoljevanju vseh temeljnih življenjskih

aktivnosti, zato je ključnega pomena, da v obravnavo vključujemo tudi njegove družinske člane, ki so poleg edukacije za njegovo oskrbo, potrebni tudi psihične podpore in razumevanja, za kar sta pomembna uspešna komunikacija, empatija in sočutje vseh v zdravljenju vključenih zdravstvenih delavcev.

### *1.1 Oblike demence*

Najpogostejšo obliko demence predstavlja Alzheimerjeva bolezen in sicer njena pojavnost predstavlja 31 % vseh oblik, sledi ji vaskularna demenca (22 %), demenca Lewyjevih telesc (11 %) in frontno - temporalna degeneracija (7, 8 %) (Sampson, 2010). Demenca se najbolj pogosto pojavlja pri osebah starih 65 let in več (DeWries in Nowell, 2011).

Demenca spada med organske duševne motnje. Vzroki za nastanek demence so zelo številni. Najpogosteje je demenca posledica žilnih, degenerativnih in metaboličnih stanj. Najpogostejši vzrok za demenco pri starejših je Alzheimerjeva bolezen, saj ta povzroča demenco pri 50 do 60 % bolnikov. Drugo najpogosteje diagnosticirano vrsto demence pri starostnikih, imenovano tudi vaskularna demenca, povzročijo možgansko-žilne bolezni. Vaskularna demenca je prepoznana pri 15 do 30 %. Tovrstna demenca se najpogosteje začne med 60. in 70. letom starosti, pri čemer en sam inzulit ne povzroči demence. Vaskularna demenca se razvije po številnih zaporednih inzultih na področju malih do srednje velikih možganskih žil. Začetek bolezni je po navadi nenaden. Značilen je upad spoznavnih sposobnosti, ki pogosto niso prizadete vse v enaki meri. Bolezen lahko spremljajo glavobol, vrtoglavica, motnje spomina, spanja ter osebne spremembe. Naslednji pogosti vzroki za demenco so: poškodbe glave, zloraba alkohola in opiatov ter motnje gibanja (npr. zaradi Huntingtonove ali Parkinsonove bolezni). Znano je tudi, da se demenca lahko pojavi zaradi možganskih tumorjev, zaradi infekcije (npr. AIDS-a, Creutzfeldt-Jakobove bolezni ali sifilisa) ali zaradi drugih bolezni (npr. multiple skleroze ali hidrocefalusa). Zaradi vsakega od naštetih vzrokov pride do demence pri 1 do 5 % bolnikov (Kogoj, 2008).

### *1.2 Prepoznavanje demence*

Temelji na kliničnem pregledu bolnika in na usmeritvi v dodatne preiskave. Te pa služijo bolj opredelitvi vzroka za demenco kot samemu ugotavljanju demence. Težave pri ugotavljanju demence nastanejo v zgodnjih stadijih demence, ko simptomi demence niso polno razviti in se prekrivajo z drugimi sindromi. Pri postavljanju suma na sindrom demence ima pomembno vlogo okolica bolnika, zlasti bližnji, ki prvi prepoznajo spremembe v njegovem delovanju in obnašanju.

Demenca se kaže v obliki motenj na področju:

- kognitivnih funkcij (spomina, zaznavanja, učenja, mišljenja, orientacije, presoje),
- čustvovanja,
- vedenja in vzpostavljanja socialnih stikov,
- telesnega delovanja.

Razvija se v treh stadijih: v začetnem, napredujočem in končnem.

V začetnem stadiju (ali blagi demenci) so znaki demence včasih podobni znakom nekaterih drugih telesnih ali duševnih bolezni. Razdražljivost, depresivno razpoloženje in izguba interesov so značilni tako za demenco kot tudi za depresijo. Bolniki ne kažejo več zanimanja za dogajanje v okolici, raje se zadržujejo v družinskem krogu, ki ga poznajo in jim ponuja občutek varnosti. Postajajo pretirano natančni ali pretirano površni. Pojavijo se težave s spominom, pozabljajo imena ali založijo predmete. Med pogovorom težje sledijo tematiki, težje najdejo besede ali jih izpuščajo. Za napredujoči stadij demence (ali srednje razvito demenco) je značilno, da se težave s spominom stopnjujejo, bolniki pa jih poskušajo prikriti ali zanikati. Zaradi težav s spominom in zaradi upadanja sposobnosti se stopnjujejo napetost, obup in občutek manjvrednosti. Z nadaljnjim upadom višjih zaznavnih ali kognitivnih funkcij je oslABLJENA sposobnost razumevanja in presoje, v pogovorih se hitro zgubijo, računajo napačno. Tako se težave pojavljajo tudi pri denarnih zadevah in nakupovanju. Popuščajo tudi socialne zavore, saj razkrivajo zaupne stvari. Pogosto bližnje obtožujejo kraje. Posamezne osebne poteze se lahko še bolj poudarijo ali pa prevzamejo povsem druge osebne poteze. Radodarna oseba npr. postane še bolj radodarna, mirna lahko postane nasilna. Na čustvenem področju se pojavi velika čustvena labilnost oz. hitro spreminjanje razpoloženja. V končnem stadiju demence (ali hudi demenci) se težave s spominom stopnjujejo do take mere, da ne prepoznajo niti svojih najbližjih. Pogovarjajo se z navideznimi predmeti, z lastno podobo v ogledalu, ne poznajo datuma in imajo težave pri oblačenju in osebni higieni. Z napredovanjem bolezni postajajo čedalje bolj upočasnjeni, okorni in se manj gibljejo. Pojavijo se tudi inkontinenca in motnje požiranja, kar povzroči dodaten problem – dehidracijo. Pri obravnavi bolnikov z demenco moramo upoštevati različne vidike njihovega življenja ter pri tem interdisciplinarno sodelovati različni strokovnjaki. Pomembna je vključitev svojcev in njihova ustrezna poučenost, ki prepreči marsikateri nesporazum v odnosih. Člani družine in svojci s svojim zgledom in vedenjem, stališči in mnenji pomembno vplivajo na razmišljanje, mnenje in stališča do ohranjanja in krepitve njihovega zdravja.

S pravočasnim odkritjem in zdravljenjem reverzibilnih znakov demence lahko uspešno zdravimo 10 do 20 % bolnikov. Zdravljenje je tako usmerjeno v preprečevanje okvare nevronov in v odpravljanje osnovnega vzroka za demenco. Kognitivne motnje se zdravijo z zdravili, ki povečajo sposobnost spomina in učenja (antidemetivi). Kadar demenco spremljajo depresivno razpoloženje, anksioznost (tesnoba, strah), nespečnost, razdražljivost ali psihotične motnje, je treba uvesti antidepresive in antipsihotike (Pentek, 2001).

### *1.3 Komunikacija z dementnim bolnikom in njegovimi svojci*

Komunikacija z dementnim bolnikom je zahteven proces. Od nas zahteva veliko potrpežljivosti, strpnosti, verbalne in neverbalne komunikacije ter tople medčloveške odnose. Je tudi edina pot, ki ohranja bolnikovo kakovost bivanja ter pot, ki omogoči svojcem ohranjati povezanost in občutek bližine, kar je pri tej bolezni najtežje. Medicinske sestre, ki se pri svojem delu srečujejo z dementnim bolnikom in njegovimi svojci, bi morale obvladati sporazumevanje in večino govornišva in primerne načine podajanja informacij (Možina idr., 2004).

Komuniciranje je pri bolniku z demenco zaradi narave obolenja pogosto okrnjeno. Primerna komunikacija je izrednega pomena. Za bolnika je izrednega pomena ne le prilagojenost in obseg podanih informacij pač pa tudi, občutek varnosti in s tem razumevanje. V kolikor je naša komunikacija z njim zadovoljujoča, se le ta počuti sprejete-ga in ne izključenega iz družbe. To lahko dosežemo s pravilno verbalno in neverbalno komunikacijo. Le ta mora obsegati naslednje elemente:

- osebni stik: najpomembnejša je vzpostavitev osebnega neverbalnega kontakta preko očesnega kontakta, dotika, bližine itd. Z njim dosežemo, da se oseba počuti varno in sproščeno, to nam omogoča njegovo sodelovanje in vključitev v sam proces obravnave. S tem si tudi lažje pridobimo njeno zaupanje in ji preprečimo umik vase.
- uporaba preprostih jezikovnih izrazov in vprašalnic: če je naš način govora prezahteven, ga oseba ne razume. To lahko spodbudi nelagodje, umik vase, lahko pa se na pogovor odzove celo z agresijo;
- način govora: razumljivost in uporaba kratkih povedi (pomemben je počasen, razumljiv in osebi prilagojen način govora). Smiselna je uporaba kratkih stavkov. Hiter govor, predolga in zapletena sporočila so lahko vzrok za slabše razumevanje, zato se temu raje izognemo;
- raba preprostega jezika: izogibamo se pridevnikov, abstraktnim pojmov, simbolične govorice, šal in pregovorov, ker jih to lahko še dodatno zmede. Ko govori dementsna oseba se lahko zgodi, da ne najde pravih besed, nadomešča jih s podobnimi besedami ali opisi, zato se tudi sami poskušamo prilagoditi njegovemu načinu sporazumevanja. Pri tem mu lahko pomagamo z opisovanjem stvari, s pisanjem, risanjem, polaganjem predmetov na mizo ipd. Govoriti moramo torej v njegovem jeziku in njegov način;
- strpnost pri poslušanju oz. čakanju na odgovor: s poslušanjem dajemo človeku občutek, da nas zanima, da ga sprejemamo kljub težavam in ga hkrati spodbujamo k nadaljnjemu govorjenju. Pri govoru dementne osebe le te ne popravljamo tudi, če izgovarja napačne besede ali stavke, oz. mu ne nasprotujemo ali ga kakorkoli popravljamo, saj bi v tem primeru lahko izzvali nepotrebne konfliktna situacije. Osredotočimo se le na to kaj nam želi povedati;
- komunikacijsko okolje: zaradi različnih motenj v času komuniciranja z bolnika je včasih potrebno večkrat ponoviti vsebino pogovora. Razni predmeti in glasovi lahko odvrnejo njegovo pozornost, zato lahko hitro izgubi »nit« pogovora, tako ponavljanje postane obvezen del pogovora. Za pogovor si moramo vzeti dovolj časa in poskrbeti da ni motečih dejavnikov (miren prostor, brez dodatnih zvokov kot npr., telefon, TV, radio idr.).

Če zaključimo, pomembno je da smo pri komuniciranju z dementsnim bolnikom strpni in razumevajoči, kajti brez tega lahko izgubimo njegovo zaupanje idr. elovanje ter s tem še tiste drobce stikov, ki z napredovanjem bolezni postajajo vedno bolj redki in zato toliko bolj dragoceni (Knap Maršič, 2010).

Starostnika je potrebno spodbujati, da izrazi svoje občutke, želje, potrebe. Na ta način začuti našo skrb in občuti manjšo osamljenost. Spremembe na psihičnem področju



vplivajo na koncentracijo starostnika, spremljanje pogovora, navodil. S ponavljanjem enakih besed in stavkov lahko omilimo te spremembe (Prebil idr., 2009).

## 2 Razprava

Bolniki z demenco so pri nas večinoma v domači oskrbi. Ko pa svojci vedno večjih naporov in potrebne pomoči ne zmorejo več, običajno le-te napotijo v negovalne bolnišnice, psihiatrične bolnišnice ali na zaprte oddelke domov za ostarele. To predstavlja za medicinske sestre poseben izziv. Pomembno je, da v ta proces obravnave obvezno vključijo tudi svojce bolnika, ki najboljše poznajo njegove navade, funkcioniranje in način komuniciranja.

Pomoč svojcev je nujna zelo dragocena in nenadomestljiva. Pri neposrednem delu z dementno osebo, pa je za medicinsko sestro bistvenega pomena, da čim dlje ohranja samostojnost bolnika, ga pri tem spodbuja, a zelo previdno, z občutkom, empatijo in taktno. Za to potrebuje veliko znanja, veščin komuniciranja in izkušenj. V ta namen bi bilo potrebno vpeljati permanentno izobraževanje, v obliki delavnic, pogovorov, seminarjev ipd., kajti učenje vživeljanja v tovrstne situacije, refleksija in evalvacija delovanja medicinske sestre, izmenjava izkušenj, problemski pristop v učenju ter širše iskanje možnih alternativ reševanja in razreševanja nastalih problemov in situacij, bi kvalitetno pripomogle k boljši oskrbi ne le bolnika, pač pa tudi k zadovoljstvu njegovih družinskih članov (Thaler, 1997b).

Nujno je tudi boljše in intenzivnejše sodelovanje vseh strokovnjakov različnih strokovnih področij med sabo in predvsem enotnost v doktrini in pristopu k takemu bolniku in njegovim svojcem. To bi bil zelo pomemben element našega skupnega delovanja, ki bi v obravnavo prinesel večjo suverenost in zaupanje bolnika in svojcev v nas, naše delo in pripomogel k močni angažiranosti za sodelovanje v procesu oskrbe tudi z njihove strani. Torej aktivno vključevanje vseh.

Za uspešno komuniciranje z dementnim bolnikom pa je izredno pomembno tudi, kako mi strokovnjaki – medicinske sestre, zdravniki, drugi zdravstveni delavci idr. elavci ter strokovnjaki drugih področij med seboj sodelujemo in komuniciramo. Na tem področju nas čaka še veliko dela, saj tudi v tem pogledu ni vedno vse tako, kot bi moralo biti. Tudi to je eden od razlogov, da so bolniki kot tudi njihovi svojci zaradi tega preplašeni, nezaupljivi in nezadovoljni z našim načinom komuniciranja in obravnavo (Thaler, 1997a; Thaler, 1997b; Thaler, 1998).

V današnjem času in prostoru je na voljo že mnogo oblik in metod dela, ki nam lahko pomagajo pri odpravi teh pomanjkljivosti, a tako kot od bolnika zahtevamo, da čim bolje in čim več sodeluje, da prevzema maksimalno odgovornost zase, bi te iste kriterije morali upoštevati tudi pri sebi. Samo fizična obravnava bolnika in zadovoljitev in razreševanje le telesnih težav je premalo. V primeru, ko gre za dementnega bolnika, pa še toliko bolj, saj bolezen prizadene v osnovi prav miselne in čustvene procese, ki pa se v končni fazi odražajo tudi na telesu samem.

### 3 Sklep

Dementni bolnik je z vidika obravnave in skrbi zanj zelo zahteven bolnik. Iz tega sledi, da vsi, ki se vključujemo v skrb zanj potrebujemo strokovno znanje, ki ga je potrebno nenehno dopolnjevati in izpopolnjevati, praktične veščine, sposobnost komuniciranja, empatije, visoke etične in osebnostne lastnosti, čut do človeka, spoštljivost, skrb za dostojanstvo in enakost, strpnost, globoko motiviranost in pripravljenost za delo, umirjenost in zanesljivost itd. Vse to ni pomembno le za to, da bo naše delo uspešno in kakovostno izvedeno, ampak predstavlja našo večjo poklicno identifikacijo, osebno zadovoljstvo in ne nazadnje daje tudi širši smisel našemu življenju.

### LITERATURA

1. Crowther, J. idr. (2013). Palliative care for dementia - time to think again ? *Q J Med*, 106 (6), 491–494.
2. DeWeries, K. and Nowell, A. (2011). Dementia deaths in hospice: A retrospective case not audit. *Int J of Palliat Nurse*, 17 (12), 581–585.
3. Knap Maršič, T. (2010). Kako komunicirati z osebami z demenco? Pridobljeno 21. 10. 2015, s <http://www.prodomi.si/novice?id=109>.
4. Kogoj, A. (2008). Etiologija Alzheimerjeve bolezni in drugih najpogostejših demenc. *Farmacevtski Vestnik* (59), 55–58.
5. Možina, S. idr. (2004). Poslovno komuniciranje: evropske razsežnosti. Druga, dopolnjena izdaja. Maribor: Obzorja, založništvo in izobraževanje.
6. Peacock, S. (2008). Demorale challenges involved in palliative and of life dementia care. *Can Nurse Home*, 19 (3), 11–15.
7. Pentek, M. (2001). Dementni bolnik, njegova družina in zdravnik splošne medicine. Pridobljeno 27. 10. 2015, s <http://www.spomincica.si/uploads/6/3/8/2/6382220/2pgs2.pdf>.
8. 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.
9. Sampson, E. L. (2010). Palliative care for people with dementia. *Br Med Bull*, 96 (1), 159–174.
10. Thaler, D. (1997a). Pomen supervizije v zdravstveni negi. V Zbornik: Zadovoljna, celovito urejena medicinska sestra – kakovostna zdravstvena nega. Gozd Martuljek.
11. Thaler, D. (1997b). Pomen supervizije za osebno rast in razvijanje poklicne identitete v zdravstveni negi. V Zbornik 1.kongresa zdravstvene nege. Ljubljana. Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
12. Thaler, D. (1998). Bolnik – subjekt ali objekt v procesu zdravljenja. *Utrip*, 10, 22.
13. 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. *European Journal of Neurology* 14, 1–26.
14. WHO (2012). Dementia: A public health priority. Pridobljeno 22. 10. 2015, s [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf).

# Razvojno-nevrološka obravnava oseb po možganski kapi v domačem okolju

UDK 616.831-005.1+649

**KLJUČNE BESEDE:** možganska kap, domače okolje, gibalne zmožnosti, študija primera

*POVZETEK - Možganska kap kar v 80 % povzroči težave na gibalnem področju, kar privede do zmanjšane samostojnosti pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti, predvsem pri skrbi zase. Delovni terapevti se poslužujejo razvojno-nevrološke obravnave po konceptu Bobath, ki s specifičnimi načeli stremi k izboljšanju oz. povrnitvi gibanja na okvarjeni strani telesa. V raziskavo smo vključili 4 preiskovance, stare med 65 in 87 let, ki so utrpeli možgansko kap. Uporabili smo dva ocenjevalna instrumenta: kanadsko oceno izvedbe aktivnosti - COPM in oceno motoričnih in procesnih spretnosti - AMPS. Pette-denska obravnava je potekala v maju in juniju 2014, trikrat na teden po dve uri. Po končani obravnavi je test COPM za tri preiskovance pokazal napredek v izvedbi izbranih aktivnosti za 9,5 % in za zadovoljstvo z izvedbo aktivnosti za 8,4 %. Največji napredek je ugotovljen pri preiskovancu 2. Napredek, ugotovljen s testom AMPS je za vse preiskovance na motoričnem delu izvedbe aktivnosti 1,01 logits-a, na procesnem delu izvedbe aktivnosti pa 0,67 logits-a. Tudi AMPS je pokazal največji napredek pri preiskovancu 2. T-test je pokazal statistično pomembno razliko tako za motorični (0,09,  $p < 0,05$ ) kot procesni (0,05,  $p < 0,05$ ) del izvedbe aktivnosti. Razvojno nevrološka obravnava se je izkazala kot učinkovita in je vplivala na izboljšanje spretnosti, potrebne za izvajanje aktivnosti.*

UDC 616.831-005.1+649

**KEY WORDS:** stroke, home environment, mobility, case report

*ABSTRACT - In 80% of cases, a brain stroke causes mobility limitations, increased dependence in the performance of daily living activities and especially in self-care. Occupational therapists follow the Bobath concept or neurodevelopmental treatment which, with its specific principles, aims for improvement and recovery of movement to the impaired side of the body. The study included 4 people aged between 65 and 87 years who had suffered a stroke. Two evaluation instruments were used: COMP and AMPS. The therapy lasted for five weeks in May and June 2014. It was performed three times a week for two hours. According to re-evaluation of COMP evaluation instrument, three subjects reported improvement after the treatment. The progress of 9.5% was observed in the execution of selected activities and 8.4% of progress was assessed in self-perceived performance and satisfaction with the activity execution. The biggest progress was observed in the subject number 2. The re-evaluation of AMPS evaluation instrument showed substantial progress of all the subjects in the execution of the activity, that is, 1.01 logits in the field of motor ability and 0.67 logits for process skills. The most remarkable progress was again reported by subject number 2. T-test showed a statistically significant difference in the activity execution in the field of motor ability (0.09,  $p < 0.05$ ) as well in process skills (0.05,  $p < 0.05$ ). Neurodevelopmental treatment has proved effective and resulted in improvement in skills necessary to implement the activities.*

## 1 Teoretična izhodišča

Število ljudi starih nad 65 let narašča, viša se starost, s tem pa narašča tudi obolevnost. Leta 2013 je bilo v Sloveniji 17,2 % ljudi starih 65 let in več, v drugi polovici leta 2014 pa se je odstotek povečal na 17,5 % (Statistični urad Republike Slovenije, 2014). Ena izmed najpogostejših boleznih v starosti je možganska kap, ta je na tretjem mestu po vzroku smrti (Šmuc in Kos, 2010). Po možganski kapi ima približno 80 % ljudi težave na gibalnem področju, kar privede do zmanjšane samostojnosti pri opravljanju

vsakodnevnih aktivnostih, predvsem pri skrbi zase (Fletcher-Smith, Walker, Cobley, Steultjens in Sackley, 2013). Kljub posledicam možganske kapi si veliko starejših ljudi želi ostati v domačem okolju čim dlje, saj jim le-to omogoča samouresničevanje, udobje, življenje v njihovem toku, poznavanje stanovanja in okolice (Boldy, Grenade, Lewin, Karol in Burton, 2011). S tem izpolnijo svoje fizične, duševne in duhovne potrebe. Življenje v domačem okolju jim daje nepretrgano povezavo s preteklostjo in vsakodnevnimi aktivnostmi, ki jih izvajajo v njim znanem okolju (Wiles, Leibing, Guberman, Reeve in Allen, 2011). V zadnjih dveh desetletjih se v evropskem prostoru pogosto uporablja besedna zveza »stiranje na domu« (Boldy, Grenade, Lewin, Karol in Burton, 2011) in pomeni družbeno skrb, da starejši ostanejo v domačem okolju. Družbena skrb je usmerjena v strokovne intervencije, da bi starejše osebe živele čim bolj samostojno (Vreugdenhil, 2014). V Sloveniji žal še vedno ni sprejet Zakon o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, ki bo omogočal starejšim osebam tudi strokovno obravnavo. Staranju v domačem okolju se pripisuje pomen in je prepričana, da starejše osebe na ta način živijo dlje in kvalitetneje.

Obiske in obravnave v domačem okolju izvajajo v evropskem prostoru tudi delovni terapevti, ki pridobijo vpogled v avtentično stanje starejše osebe in okolja v katerem živi, slednje ocenijo in prilagodijo tako, da je varno in primerno za izvajanje vsakodnevnih aktivnosti. Gre za veliko prednost, saj se okolje prilagodi zgolj in samo za tam živečo starejšo osebo (Vu in Mackenzie, 2012).

Za izboljšanje motoričnih spretnosti se delovni terapevti pri osebah po možganski kapi najpogosteje poslužujejo razvojno-nevrološke obravnave po konceptu Bobath, ki s specifičnim načinom dela želi izboljšati, povrniti gibanje na prizadeti strani (9). Temeljna načela razvojno-nevrološke obravnave so (Tomšič, 2011): (a) pozicioniranje osebe, da se prepreči, inhibira ali onemogoči nastanek patoloških refleksov, sinergij, zmanjša mišični tonus ter istočasno omogoči ponovno učenje normalnih gibalnih vzorcev in refleksov; (b) facilitacija pravilnega gibanja preko pozicioniranja, pravičen »handling«, uporabo senzornih stimulacij; (c) delo preko sekvenc razvoja gibanja (ležanje, gibi vseh štirih udov, kontrola trupa, sedenje, stoja, prenos teže, izvedba koraka, hoja, uporaba obeh strani trupa pri vseh aktivnostih); in (d) uporaba aktivnosti, ki vključujejo še sekvence gibanja kot so prečkanje medialne linije z vključitvijo prizadete roke, bilateralne prijeme, prenos teže na prizadeto stran, rotacijo trupa in tiste aktivnosti, ki preprečujejo flektorni/ekstenzijski refleks v zgornjih okončinah, ekstenzijske reflekse v spodnjih okončinah in asociirane reakcije (Lennon, 2001). Koncept Bobath ima dolgoletno tradicijo. Še vedno se veliko uporablja, prav zaradi učinkovitosti. Tudi Kollen idr. (2009) so Bobath koncept primerjali z novejšimi teorijami in terapijami ugotavljajo, da je prav Bobathov koncept še vedno najbolj učinkovit pri hemiplegijah.

S prispevkom želimo predstaviti uporabo koncepta Bobath v delovno-terapevtski obravnavi in ugotoviti učinkovitost obravnave pri osebah starih 65 let in več, po možganski kapi v domačem okolju.

## 2 Metodologija

V obravnavo so bili vključeni štiri preiskovanci stari med 65 in 87 let, ki so utrpeli možgansko kap. Preiskovance smo dobili preko Zavoda za oskrbo na domu, ki je pomagal iz nabora potencialnih kandidatov dobiti tiste, ki so želeli prostovoljno sodelovati. Vsi preiskovanci živijo v Ljubljani in so prejemniki socialne oskrbe na domu. Obravnava je potekala 5 tednov, trikrat na teden po 2 šolski uri na dan, v okviru klinične prakse 3. letnika v maju in juniju 2015 pod mentorstvom profesorice.

*Tabela 1:* Preiskovanci po spolu, starosti, prizadetosti, dominantnosti in številu let po kapi

<i>preiskovanec</i>	<i>spol</i>	<i>starost</i>	<i>prizadetost</i>	<i>dominanca</i>	<i>let po kapi</i>
1	moški	73	d-hemiplegija	desna	7
2	moški	67	l-hemipareza	desna	6
3	ženski	87	d-hemipareza	desna	1
4	moški	65	d-hemipareza	desna	12

Za merjenje kakovosti izvedbe aktivnosti smo uporabili dva ocenjevalna instrumenta: Kanadski test ocenjevanja problemov dejavnosti (ang. Canadian occupational performance measure; v nad. COPM) (Law, Bapsite, Carswell, McColl, Polatajko in Pollock, 2005) in Oceno motoričnih in procesnih spretnosti (ang. Assessment motor and process skills; v nad. AMPS) (Fisher, 2003). Oba ocenjevalna instrumenta sta služila tako za načrtovanje delovnoterapevtske obravnave na eni strani, kot za ugotavljanje/merjenje izida obravnave na drugi strani.

S standardiziranim intervjujem COPM smo ugotovili, pri katerih aktivnostih/dejavnostih ima preiskovanec težave. Preiskovanec sam oceni izvedbo in zadovoljstvo za posamezno aktivnost/dejavnost glede na pomembnost z lestvico od 1 do 10, pri kateri 1 pomeni zelo nizko oceno, 10 pa zelo visoko. Delovni terapevt na podlagi rezultata ugotovi, katere problematične aktivnosti so preiskovancu pomembne in za izvajanje katerih je motiviran (Law, Bapsite, Carswell, McColl, Polatajko in Pollock, 2005).

Z AMPS-om, ki je prav tako standardiziran delovno terapevtski ocenjevalni instrument smo merili kvaliteto izvedbe posamezne ožje ali širše dnevne aktivnosti. Ocenjevalec oceni 16 motoričnih in 20 procesnih spretnosti znotraj izvedbe aktivnosti (Fisher, 2003). Vsaka od motoričnih in procesnih spretnosti je ocenjena kot kompetentna izvedba – 4, vprašljiva izvedba – 3, neučinkovita izvedba, vendar še izvedljiva – 2 ali izvedba ob pomoči terapevta – 1. Vrednosti se vnesejo v statistični program, ki poda oceno preiskovančevega stanja (grafično poročilo) glede stopnje samostojnosti izvedene aktivnosti. Pri motoričnih spretnostih je meja zadovoljive izvedbe standardizirana pri vrednostih večjih ali enakih od 2 logita (Cutoff  $\geq 2$ ), pri procesnih spretnostih pa pri večjih ali enakih 1 logit (Cutoff  $\geq 1$ ).

Z intervjujem COPM so bili ocenjeni trije preiskovanci (preiskovanec 1 je imel afazijo, zato ocenjevanja ni bilo možno izvesti). Kot njim problematične aktivnosti so izpostavili: oblačenje, hoja, pranje perila, hranjenje, nakupovanje in uporaba računalnika .

Z AMPS testom pa so bile ocenjene naslednje aktivnosti: oblačenje puloverja ali jopiča, umivanje zob, umivanje obraza, česanje, pojediti zajtrk ter priprava in postrežba toplega napitka. Oceno AMPS je izvedel neodvisni ocenjevalec.

Za ugotavljanje razlik med začetnim in končnim ocenjevanjem smo uporabili parni test t.

### 3 Rezultati

Rezultate učinkovitosti delovnoterapevtske obravnave smo pridobili s testoma COPM in AMPS.

*Tabela 2: Ocena začetnega in končnega ocenjevanja s COPM-om*

Preiskovanec	izvedba aktivnosti		razlika	zadovoljstvo z izvedbo aktivnosti		razlika
	Pred terapijo	Po terapiji		Pred terapijo	Po terapiji	
1.	/	/	/	/	/	/
2.	5,7	7	1,3	6	9,3	3,3
3.	3,5	3,8	0,3	6,3	5,8	-0,5
4.	2,5	1,5	-1,0	6	6,5	0,5
Povprečje za skupino	3,9	4,1	0,2	6,1	7,2	1,1

- ocena ni bila izvedena

Samo-ocenitveni test COPM je za tri preiskovance pokazal napredek v izvedbi izbranih aktivnosti za 9,5 % in za zadovoljstvo z izvedbo aktivnosti za 8,4 %.

*Tabela 3: Ocena začetnega in končnega ocenjevanja s AMPS-om*

Preiskovanec	Motorične spretnosti	Razlika	Procesne spretnosti	Razlika		
	Ocena 1	Ocena 2		Ocena 1	Ocena 2	
1.	0,08	0,43	0,35	-0,18	0,22	0,4
2.	-0,77	0,49	1,26	-0,03	0,90	0,93
3.	-0,19	0,99	1,18	0,13	0,69	0,56
4.	-0,46	0,77	1,23	0,13	0,85	0,72
Povprečje za skupino	-0,34	0,67	1,01	0,01	0,67	0,66

Rezultati ocenjevanja z ocenjevalnim instrumentom AMPS so prikazani v tabeli 3. Pri prvem, začetnem ocenjevanju motoričnih spretnosti je razvidno, da so preiskovanci dosegli nizke ocene, v povprečju -0,34 logita. Aktivnosti, ki so bile ocenjene, so v priročniku AMPS ocenjevanja opredeljene kot zelo lahke ali lažje od povprečja. Končna ocena, to je po delovno terapevtski obravnavi, je za motorični del izvedbe aktivnosti boljša za 1,01 logita, za procesni del izvedbe aktivnosti pa so preiskovanci dosegli napredek, izboljšanje za 0,67 logita. Napredek na motoričnem in procesnem delu izvedbe aktivnosti, je za celotno skupino, presegel 0,5 logita, kar je klinično in statistično pomembno (16). Uporabnik 1 pri motoričnih in procesnih spretnostih ni

napredoval preko 0,4 logita, kar je klinično, a ne statistično pomemben napredek. Ostali uporabniki pa so napredovali preko 0,5 logita, ter dosegli klinično in statistično pomemben napredek. Oceno Cutoff uporabniki dosežejo na motoričnem delu izvedbe pri vrednostih večjih ali enakih od 2 logita, na procesnem delu izvedbe pa pri večjih ali enakih 1 logit. Iz tabele je razvidno, da nihče od uporabnikov ni dosegel ocene Cutoff. Pri primerjavi je T-test pokazal statistično pomembno razliko izboljšanja tako motoričnih spretnosti ( $p < 0,05$ ), kot procesnih spretnosti ( $p < 0,05$ ) v izvedbi aktivnosti.

## 4 Razprava

Namen obravnave je bil ugotoviti učinke koncepta Bobath pri starejših osebah po možganski kapi v domačem okolju. Z delovno terapevtsko intervencijo smo želeli izboljšati izvajanje vsakodnevnih aktivnosti. Pred začetkom obravnave so vsi preiskovanci potrebovali veliko asistencije pri izvedbi vsakodnevnih aktivnosti, saj so prejemniki socialne oskrbe na domu. Intervencija je bila usmerjena na eni strani v izboljšanje gibalnih spretnosti okvarjene strani, tako okončin, kot trupa in izboljšanje procesnih spretnosti ter prilagajanje okolja in uporabo pripomočkov za izvajanje aktivnosti na drugi strani. Učinke smo ugotavljali z dvema standardiziranimi ocenjevalnima instrumentoma COPM in AMPS.

Ugotovili smo, da smo pet tedensko delovnoterapevtsko obravnavo v povprečju izboljšali kvaliteto izvedbe aktivnosti, ki so bile izpostavljene s COPM. Preiskovanec 4 je ocenil, da po obravnavi aktivnost oblačenje izvede slabše kot na začetku obravnave. Preiskovanec 3 je hranjenje in nakupovanje ocenil z nižjo oceno. Največji napredek je opazen pri preiskovancu 2, ki je hojo ocenil z 4, na začetku obravnave pa jo je ocenil z 0. Preiskovanci so njim problematične aktivnosti ocenili v povprečju z 3,9 točk za izvedbo aktivnosti in z 6,1 točk samo zadovoljstvo z izvedbo aktivnosti. Pri ocenjevanju po končani obravnavi pa so izvedbo aktivnosti ocenili s povprečjem 4,1 točke (minimalno izboljšanje za 0,2 točke), zadovoljstvo z izvedbo aktivnosti pa 7,2 točke (izboljšanje za 1,1 točke). Še boljše učinkovitost so pokazali rezultati AMPS-a, saj kažejo klinično in statistično pomemben napredek, in sicer na področju motoričnih spretnosti izvedbe aktivnosti za 1,01 logita ( $p < 0,05$ ) in na področju procesnih spretnosti izvedbe aktivnosti za 0,66 logita ( $p < 0,05$ ), kar nam daje slutiti, da je AMPS test mersko bolj občutljiv. Tudi v raziskavi Lennonove (2001) so preiskovanci izboljšali svoje gibalne vzorce, poleg tega pa so se nekateri njihovi patološki vzorci gibanja inhibirali. Lennonova (2001) delovnim terapevtom svetuje uporabo koncepta Bobath, ki ustrezajo preiskovančevim sposobnostim in interesom.

Čeprav izboljšanje gibalne funkcije in uporabo okvarjenega zgornjega uda v vsakodnevnih aktivnostih najlažje dosežemo v zgodnjem obdobju po možganski kapi (ne pa v kronični fazi), saj se takrat prepletata spontano okrevanje možganov in reorganizacija živčnih mehanizmov oziroma plastičnost možganov (Puh, 2007), ugotavljamo, da tudi kasnejša obravnava privede do pozitivnih učinkov. Tudi Ekstam, Tham in Borell (2011) ugotavljajo, da se najpomembnejše spremembe pokažejo v prvih šestih mese-

cih rehabilitacije, vendar le, če so uporabniki obravnavani takoj po možganski kapi. Proces zgodnje rehabilitacije namreč ne spremeni uporabnikove prizadetosti, poskuša pa izboljšati funkcionalno stanje in s tem omogočiti boljše vključevanje v njihovo bivalno okolje (Walters, 2011).

V celotnem postopku rehabilitacije ima pomembno vlogo družina, ki mora biti seznanjena s stanjem osebe po možganski kapi in potekom rehabilitacije. Naloga delovnega terapevta pa je podpora družini in svetovanje o ravnanju s preiskovancem, ki ima specifične potrebe za samostojno življenje ter izvajanje aktivnosti na področju skrbi zase, dela in prostega časa (Ledinek, Kobal in Janša, 2006). Sodelovanje s svojci predstavlja del delovno terapevtskega programa, kamor spada demonstracija in učenje različnih postopkov, izdelava pripomočkov in svetovanje o njihovi uporabi, prilagoditve bivalnega okolja ter pomoč pri razumevanju uporabnikovih težav, ki jih prinaša možganska kap. Poleg družine so pomemben del vsakdanjega življenja preiskovancev tudi prijatelji in znanci, ki s svojo prisotnostjo, razumevanjem in podporo pripomorejo k boljšemu okrevanju osebe po možganski kapi. Vsa delovnoterapevtska obravnava je potekala v soglasju z družinskimi člani.

Z uporabo različnih pripomočkov in prilagoditvami v domačem okolju preiskovancem po možganski kapi omogočimo samostojnost in neodvisnost od drugih in s tem vplivamo na zmanjšanje stresa, zaskrbljenosti in strahu pred opravljanjem vsakodnevnih aktivnosti. Prav tako pa so pomembni tudi obiski delovnih terapevtov v domačem okolju, saj so le ti usposobljeni za prilagajanje okolja in učenje uporabe pripomočkov (Poje, 2004). Na podlagi delovno terapevtskih kompetenc sklepamo, da imamo pri staranju na domu, kot ga omenja Vreugdenhilova, pomembno vlogo, saj lahko pripomoremo k kakovostnejšemu staranju posameznika, skupnosti in navsezadnje celotne populacije.

Razvojno nevrološka obravnava se je pri uporabnikih po možganski kapi v domačem okolju izkazala kot učinkovita terapija za izboljšanje motoričnih in procesnih spretosti. Na področju obravnave oseb po možganski kapi v domačem okolju so potrebne še raziskave, ki trajajo dlje (vsaj pol leta), da se objektivneje izmeri napredek oziroma učinkovitost delovno terapevtske obravnave na domu, saj je rehabilitacija pri starejših bolj zahtevna in dolgotrajnejša. Ker so starejše osebe po kapi načeloma bolj prizadete kot mlajše, je zelo pomembno, da se delovno terapevtska obravnava prične v zgodnji fazi rehabilitacije in traja dalj časa.

Pomembno je, da se delovni terapevti zavedamo, da je glavni cilj intervencije izboljšanje funkcioniranja in čim višja samostojnost v vsakodnevnih aktivnostih.

## LITERATURA

1. Boldy, D., Grenade, L., Lewin, G., Karol, E. in Burton, E. (2011). Older people's decision regarding »ageing in place«: A Western Australian case study. *Australian Journal on Ageing*, 30 (3), 136–142.
2. Chiu, W. Y. C. in Man, W. K. D. (2004). The Effect of Training Older Adults With Stroke to Use Home – Based Devices. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 24 (3), 113–120.



3. Ekstam, L., Tham, K. in Borell, L. (2011). Couples' approaches to changes in everyday life during the first year after stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 18, 49–58. Pridobljeno 12. 10. 2015, s <http://eds.b.ebscohost.com.nukweb.nuk.unilj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=b67fcc5d-30c6-4c19-b1b6-9265ef40240e%40sessionmgr198&hid=113>.
4. Fisher, A. G. (2003). *Assessment of Motor and Process Skills. Vol. 1: Development, Standardization, and Administration Manual (5th ed.)* CO: Three Star Press.
5. Fletcher-Smith, J. C., Walker, M. F., Cobley, C. S., Steultjens, E. M. J., Sackley, C. M. Occupational therapy for care home residents with stroke (Review). *The Cochrane Collaboration*: 1-44. Pridobljeno 16. 10. 2015, s <http://www.update-software.com/BCP/WileyPDF/EN/CD010116.pdf>.
6. Jones, C. (2013). *Relationships Between Supportive Physical Home Environment and Participation in Life Activities Amongst Community –Living Older Australians*. Sydney: Faculty of Health Sciences.
7. Kollen, J. idr. (2009). The Effectiveness of the Bobath Concept in Stroke Rehabilitation. *Stroke*, 40 (4), 89–97.
8. Law, M., Bapsite, S., Carswell, A., McColl, MA., Polatajko, H. in Pollock, N. (2005). *Canadian Occupational Performance Measure*. Pridobljeno 8. 10. 2014, s <https://www.caot.ca/copm/description.html>.
9. Ledinek, H. A., Kobal, A. in Janša, J. (2006). Zgodnja kompleksna rehabilitacija bolnikov z možgansko – žilnimi boleznimi. V *Spoznajmo in preprečimo možgansko kap*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, 161–171.
10. Lennon, S. (2001). Gait Re-education Based on the Bobath Concept in Two Patients With Hemiplegia Following Stroke. *Physical Therapy*. Pridobljeno 11. 2. 2015, s <http://ptjournal.apta.org/content/81/3/924.full...%C5%BEe>.
11. Poje, J. (2004). Sodobni pristopi v delovni terapiji pri bolnikih z možgansko žilno boleznijo. V N. Goljar in M. Štefančič (ur.), *Novosti v rehabilitaciji po možganski kapi: zbornik predavanj*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo.
12. Price, P., Kinghorn, J., Patrick, R. in Cardell, B. (2012). Still there is beauty”: one man’s resilient adaptation to stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19, 111–117.
13. Puh, U. (2007). Okrevanje gibanja zgornjega uda v zgodnjem obdobju po možganski kapi. *Rehabilitacija*, 1, 5–13.
14. Statistični urad Republike Slovenije. (2014). Mednarodni dan starejših. Pridobljeno 20. 8. 2015, s [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=6513](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=6513).
15. Šmuc, T. in Kos, J. (2010). Srčni infarkt in možganska kap. V *V skrbi za vaše zdravje: Ko so minute pomembne*. Pridobljeno 16. 8. 2015, s [http://www.krka.si/media/prk/dokumenti/3783\\_ko\\_minute\\_19\\_vsvz.pdf](http://www.krka.si/media/prk/dokumenti/3783_ko_minute_19_vsvz.pdf).
16. Tomšič, M. (2011). *Delovna terapija na nevrološkem področju: zgodnja delovnoterapevtska obravnava oseb s hemiplegijo*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
17. Vreugdenhil, A. (2014). »Ageing-in-place«: Frontline experiences of intergenerational family carers of people with dementia. *eContent Management Pty Ltd. Health Sociology Review*, 23 (1), 43–52.
18. Vu, T. in Mackenzie, L. (2012). The inter-rater and test-retest reliability of the Home Falls and Accidents Screening Tool. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59, 235–242.
19. Walters, K. (2011). *Current Trends in Occupational Therapy Treatment for people with stroke*. Master of science in Occupational Therapy from the University of Puget Sound: 1-36.
20. Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J. in Allen, R. (2011). The Meaning of »Ageing in Place« to Older People. *The Gerontologist*: 1-10. Pridobljeno 1. 10. 2015, s <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/early/2011/10/07/geront.gnr098.full>.

# **Timski rad kao faktor uspešnosti nastave sestrinstva**

UDK 616-083:37-059.2

**KLJUČNE REČI:** *timski rad, rukovođenje, nega, nastava*

**POVZETEK** - U Republici Srbiji u okviru srednjih medicinskih škola, nastava iz predmeta Zdravstvena nega, kao fundamentalnog predmeta u školovanju sestara, organizuje se kao teorijska i praktična. Vežbe se sprovode u kabinetima zdravstvene nege, u školi, gde se učenici upoznaju sa osnovnim stručnim znanjem, veštinama i navikama. Deo vežbi se realizuje u bolnici, kao nastavnoj bazi, gde učenici ta znanja i veštine uvežbavaju u realnim situacijama, kroz stalni kontakt sa ljudima. Nastavnik zdravstvene nege u bazi sprovodi obrazovno vaspitni rad, po planu i programu. Da bi kvalitet praktične nastave bio dobar, da bi učenici mogli da vide, urade i uvežbaju različite dijagnostičko terapijske procedure, sprovedu negu i posmatranje bolesnika, dobar odnos i komunikacija između nastavnika i osoblja je neophodna. Cilj istraživanja koje je sprovedeno u srednjim medicinskim školama u RS i u njihovim zdravstvenim bazama bio je da se utvrdi nivo timskog rada i važnost istog za uspešnu realizaciju nastave sestrinstva. Rezultati koji će detaljnije biti predstavljeni u ovom radu pokazuju da je timski rad apsolutno presudan kako bi se postigao i održao kvalitet nastave sestrinstva.

UDK 616-083:37-059.2

**KEY WORDS:** *team work, leadership, nursing care, teaching*

**ABSTRACT** - In the Republic of Serbia, within the scope of the secondary medical schools, classes for the course Nursing Care, as an essential course in education of nurses, are organised as theoretical and practical classes. Exercises are conducted in nursing care classrooms, at schools, where students become familiar with vocational knowledge, skills and habits. Part of the exercises is conducted at the hospital, the teaching base, where students practice the acquired knowledge and skills in real life situations, through continuous interactions with people. The nursing care teacher performs educational work at the base, according to the curriculum and programme. In order to have this achieved, full cooperation with the medical staff is needed at the ward where exercises are conducted. Good relationship and communication among teachers and staff are necessary to get good quality of practical classes, to enable students to see, do and practice various diagnostic and therapeutic procedures, to carry out care and observation of patients. The aim of the research which was carried out in secondary medical schools in Serbia and their health-care bases was to determine the level of team work and its importance for successful realisation of the teaching in nursing. The results, which shall be presented in more detail within the paper, show that team work is absolutely crucial in order to achieve and maintain the quality of teaching in nursing.

## **1 Teorijski pristup**

### *1.1 Obrazovanje i sistem obrazovanja sestara u RS*

Obrazovanje se danas smatra uslovom opstanka i razvoja modernog društva. To je proces sticanja znanja, umenja, veština i navika, formiranja pogleda na svet i psihofizičkog razvoja. Obrazovanje je dvojak proces, obuhvata prenošenje znanja na druge i usvajanje tih znanja, istina i vrednosti. Prema Zakonu o osnovama sistema obrazovanja i vaspitanja, delatnost obrazovanja i vaspitanja obavlja ustanova, a u njoj rad obavljaju: nastavnik, vaspitač i stručni saradnik. Radom škole rukovodi direktor, koji

je odgovoran za zakonitost rada i uspešno obavljanje delatnosti škole. Liderstvo nastavnika u školi obuhvata participaciju nastavnika u donošenju različitih odluka koje se odnose na rad u učionici i na rad cele škole, kao što su: formulisanje zajedničkih ciljeva, planiranje i pripremu unapređenja nastave, rad sa zajednicom i učešće u profesionalnom razvoju (Pavlović, 2008).

Upravljanje obrazovanjem je jedan od ključnih faktora koji utiču na njegovo funkcionisanje u sistemu i kvalitet rezultata. Reč je o složenom procesu, zbog svoje veličine, strukture, interesa, ciljeva i zadataka. U našoj zemlji ono je regulisano Zakonom o osnovama sistema obrazovanja i vaspitanja, koji je Narodna skupština Republike Srbije izglasala 2003 godine. Ovim Zakonom uređuju se: principi, ciljevi i standardi obrazovanja i vaspitanja, način i uslovi za obavljanje delatnosti, vrste programa, osnivanje, organizacija, finansiranje i nadzor nad radom ustanova obrazovanja i vaspitanja.

Naš sistem obrazovanja podrazumeva tri osnovna stepena obrazovanja: predškolsko i osnovno (obavezno), srednje i visoko obrazovanje. U okviru srednjeg obrazovanja izdvajaju se opšte srednje obrazovanje (gimnazije opšteg i posebnog smer) i srednje stručno obrazovanje kroz tehničke, umetničke, i zdravstvene škole. Treći stupanj obrazovanja je visoko obrazovanje koje se odvija kroz visoke škole i fakultete u trajanju od 3 pa više godina.

Kada je upis u škole u pitanju prema dostupnim podacima za školsku 2014/15. aktivne su 3454 osnovne škole sa 24647 odeljenja u kojima uči 563616 učenika. Srednje škole zdravstvene i socijalne zaštite, njih 35 upisuju 25353 od čega je više od 19000 učenica (Statistički godišnjak, Zavod za statistiku RS). Ovo je uobičajena polna distribucija u ovoj oblasti decenijama unazad.

Sestrinstvo je profesija sestara i babica, jedna od osnovnih profesija zdravstvene struke i najbrojniji profil zdravstvenih radnika u sistemu zdravstvene zaštite. Učešće sestara u strukturama organa upravljanja na svim nivoima (od zdravstvene ustanove do Ministarstva zdravlja) nije u skladu sa brojem i doprinosom koje imaju ili mogu imati za zdravlje ljudi.

Sestrinstvo je kompleksna profesija čije usluge variraju od običnih, rutinskih i manuelnih radnji do aktivnosti koje iziskuju visok stepen stručnih znanja i veština, sposobnost rasuđivanja u primeni naučnih principa i izbora najadekvatnijih mera u datom trenutku.

Da bi sestre odgovorile povećanim zahtevima koje se pred njih postavljaju, a u skladu sa promenljivim potrebama ljudi, neophodno je da se izvrše reforme u procesu obrazovanja, definisanja neophodnih znanja, veština i stavova, definisanja sistema kontinuiranog profesionalnog usavršavanja i stalnog unapređivanja kvaliteta zdravstvene nege i kvaliteta života za sve korisnike, od pojedinca do kompletnog društva.

Zdravstvena nega, kao specifičan sistem i profesionalno područje rada sestara, u svetu naučna disciplina i polje biomedicinskih nauka, u našoj zemlji nema zakonsku regulativu.

### *1.2 Nastavni proces zdravstvene nege*

Nastavni proces je didaktički organizovan i institucionalno realizovan vaspitno obrazovni rad između nastavnika i učenika. To je jedinstven, složen i sistematičan proces

rada. Pod pojmom upravljanja u obrazovanju, podrazumeva se organizovanje, vođenje, realizovanje i usavršavanje određenog procesa, u ovom slučaju nastavnog, koji obuhvata tri važna faktora: učenika, nastavnika i gradivo, što čini didaktički trougao. Ipak, kvalitetan rad nastavnika je od presudnog značaja za upravljanje nastavnim procesom. Odgovornost nastavnika zdravstvene nege je višestruka: prema učenicima i njihovim roditeljima, bolesnicima, zdravstvenim radnicima u nastavnoj bazi, kolegama u školi, društvu u celini i prema sebi i svojoj profesiji (Ranković- Vasiljević, 2003).

Nastavnik zdravstvene nege je najodgovorniji za formiranje stava učenika u medicinskoj školi prema svojoj budućoj profesiji. Od nastavnika se ne traži i ne očekuje da bude savršeno biće, već da ima stabilne karakterne i druge kvalitete i da takve kvalitete izgrađuje i kod svojih učenika (Vasiljević-Blagojević, Ranković-Vasiljević, 2015).

U medicinskoj školi, nastava iz stručnog predmeta zdravstvena nega, opšta i specijalna, organizuje se kao teorijska i praktična. Časovi se sprovode u školskim kabinetima zdravstvene nege i bolesničkim odeljenjima kliničko bolničkih centara. Nastavnik zdravstvene nege u bazi sprovodi obrazovno vaspitni rad, po planu i programu koji mora realizovati, ali i prilagoditi kućnom redu bolnice u kojoj se vežbe organizuju. Da bi u tome uspeo, neophodna je puna saradnja sa medicinskim osobljem na odeljenju gde vodi vežbe. Dobar međuljudski odnos, komunikacija i razvijanje kolegijalnosti između nastavnika i osoblja je neophodna. Na taj način, nastavnik postaje deo tima, što je važan faktor uspešnosti upravljanja nastavom.

### *1.3 Tim i timski rad*

Tim predstavlja posebnu vrstu male grupe, koja ima zajednički cilj, i u okviru koje se zadaci raspodeljuju na osnovu veština pojedinaca (Janićijević, 2008). Da bi tim bio efikasan u svom radu, neophodno je da se izgradi prema određenim principima. Posebnu pažnju treba posvetiti: definisanju radnog zadatka, definisanju autonomije tima, izboru članova tima, njihovom treningu-obuci i kontekstu rada tima (Janićijević, 2008). Glavne karakteristike tima su:

1. Svi ljudi u timu imaju isti cilj.
2. Postoji zajednički identitet- članovi tima dele zajedničke vrednosti, a rad u timu pruža im osećaj zadovoljstva i sigurnosti.
3. Prisutan je efekat sinergije- u timu ljudi postižu više nego što bi grupa pojedinaca koji ne saraduju na istom poslu.
4. Odgovornost tima je kolektivna- svaki član je odgovoran za sve što je tim uradio.
5. Članovi tima imaju komplementarne veštine i sposobnosti.

Suštinu timskog rada predstavlja reč »zajednički«, u smislu zajedničkog rada i zajedničkog cilja i interesa. Timski rad ne bi trebao da podrazumeva kruti hijerarhijski odnos između vođe tima i članova, već odnos koji se zasniva na poverenju i saradnji.

Vrsta i struktura timova može da se menja u okviru radne organizacije, pa tako postoje: Formalni (stalni) timovi koji postaju deo organizacione strukture. U samoj bolnici to bi bili timovi jednog bolesničkog odeljenja, dijagnostičkog kabineta, prijemne ambulante, laboratorije, apoteke ...

Neformalni (privremeni) timovi koji nisu deo formalne organizacije, već se formiraju kako bi rešili neki problem ili obavili aktivnost. Na primer formiranje epidemiološkog tima pri mikrobiološkoj laboratoriji u slučaju pojave intrahospitalne infekcije.

Virtuelni timovi, u kojima geografski udaljene osobe saraduju, razmenjuju informacije i ostvaruju ciljeve, posredstvom kompjuterskih mreža i interneta. To su videokonferencije sa više učesnika koji mogu činiti jedan tim, komuniciraju elektronskim putem umesto direktnim kontaktom.

Globalni timovi, mogu da budu bilo koji od prethodno nabrojanih vrsta timova, ali imaju jednu važnu karakteristiku- njihovi članovi dolaze iz različitih zemalja i nacionalni kultura.

Na osnovu Pravilnika o uslovima i načinu unutrašnje organizacije zdravstvenih ustanova, rad jednog Kliničko-bolničkog centra, koji predstavlja nastavnu bazu, jasno je definisan. U svakoj bolnici se obrazuju organizacione jedinice, a u okviru njih: bolesnička odeljenja, odseci i kabineti. Zdravstveni radnici jednog odeljenja, na kojem se organizuju i sprovode vežbe, čine medicinski tim. Za organizaciju su važni sledeći aspekti:

- Koncept rada (postojanje normativa, standarda i protokola)
- Kadrovi (pravilan izbor i obučenosť članova tima)
- Način rukovođenja

Iako u medicini postoji jasna podela položaja zaposlenih na jednom bolesničkom odeljenju ali i u bolnici uopšte (od načelnika i lekara preko glavnih sestara-tehničara, nadzornih, smenskih, pomoćnog osoblja) dobar medicinski tim je samo onaj čiji se rad zasniva na uzajamnom poverenju, poštovanju i saradnji.

#### *1.4 Komunikacija unutar tima*

Komunikacija je dinamičan i složen proces u kojem ljudi šalju i primaju verbane i neverbalne poruke da bi ih razumeli i da bi njih razumeli (Hargie, 1997).

Svest o važnosti dobre komunikacije kod svih članova tima je neophodan uslov. Međutim, samo imati svest o značaju dobre komunikacije, nije dovoljan uslov. Potrebno je da svi članovi znaju koje su karakteristike i previla uspešne komunikacije, i kako da se održe. Jedan od parametara dobre timske komunikacije je otvorenost za nove ideje i atmosfera u kojoj se svako oseća slobodno da iznese svoj predlog i da zajedno sa članovima tima učestvuje u njegovoj analizi.

## **2 Metodologija rada**

### *2.1 Cilj istraživanja*

Utvrđiti kakav je timski rad u nastavnoj bazi kao faktor uspešnosti upravljanja nastavom.

## 2.2 Zadaci istraživanja

1. Utvrditi da li su nastavnici zdravstvene nege motivisani za komunikaciju sa medicinskom sestrom-tehničarem u nastavnoj bazi.
2. Utvrditi da li se nastavnici zdravstvene nege osećaju kao deo tima na vežbama u nastavnoj bazi.
3. Utvrditi da li su medicinske sestre-tehničari u nastavnoj bazi motivisan za komunikaciju sa nastavnikom zdravstvene nege.
4. Utvrditi da li medicinske sestre-tehničari smatraju da nastavnik zdravstvene nege postaje deo tima, u toku vežbi u nastavnoj bazi.
5. Utvrditi koliko znanja medicinske sestre-tehničari poseduju o komunikaciji i timskom radu.
6. Utvrditi koliko nastavnici zdravstvene nege smatraju timski rad važan u svojoj profesiji.
7. Istražiti koja vrsta komunikacije postoji između nastavnika zdravstvene nege i medicinske sestre-tehničara u nastavnoj bazi.
8. Ispitati koji faktori utiču na kvalitet vežbi u nastavnoj bazi.
9. Utvrditi da li osobine nastavnika zdravstvene nege utiču na kvalitet komunikacije i rada sa medicinskom sestrom-tehničarem u nastavnoj bazi.
10. Utvrditi da li timski rad između nastavnika zdravstvene nege i medicinske sestre-tehničara u nastavnim bazama utiče na kvalitet nastave.
11. Metode i tehnike istraživanja.
12. Anketa i deskriptivna metoda. Anketiranje, kao najpogodnija tehnika u odnosu na postavljen cilj i zadatke istraživačkog rada.

## 2.3 Instrument istraživanja

Anketni list, sačinjen za nastavnike zdravstvene nege i posebno za medicinske sestre-tehničare. Cilj anketnog lista bio je da se utvrdi način i kvalitet komunikacije i timskog rada na relaciji nastavnik-medicinska sestra tehničar, kao i da li utiče na izvođenje kliničkih vežbi. Anketni list za nastavnike sadrži 17 pitanja, jedno otvorenog tipa i jedno pitanje kod kojeg je odgovore trebalo poredati po stepenu značajnosti. Anketni list za medicinske sestre-tehničare sadrži 16 pitanja, dva su otvorenog tipa i jedno pitanje kod kojeg je odgovore trebalo poredati po stepenu značajnosti.

## 2.4 Populacija i uzorak

Populaciju ovog inicijalnog istraživanja čine nastavnici zdravstvene nege u srednjim medicinskim školama i medicinske sestre tehničari čija se odeljenja koriste kao nastavne baze.

Uzorak čine 40 nastavnika zdravstvene nege i 80 medicinskih sestara tehničara. Izbor je hotimičan.

## 2.5 Organizacija istraživanja

Istraživanje je obavljeno u 3 srednje medicinske škole i u Kliničko bolnički centru »Bežanijska Kosa« Novi Beograd tokom juna 2015. godine.

## 2.6 Obrada i prikaz podataka

Rezultati su izraženi u apsolutnim i relativnim brojevima. Podaci su obrađeni statistički i prikazani kroz grafikone. Za obradu rezultata dobijenih na anketno pitanje broj 14 za medicinske sestre-tehničare i broj 13 za nastavnike, korišćena je specijalna Borda metoda. Ona se zasniva na sledećem: krajnji poredak dobija se zahvaljujući Borda zbiru, a to je zbir svih rednih brojeva posmatrane alternative (odgovora) od strane učesnika u anketiranju. On se prethodno pomnoži sa stepenom značajnosti. Prvo mesto dobija alternativa sa najmanjim Borda zbirom.

U svrhe pisanja ovog rada biće predstavljen deo dobijenih rezultata stavova nastavnika zdravstvene nege.

## 3 Rezultati istraživanja

Od ukupnog broja anketiranih 55 % nastavnika zdravstvene nege ima završenu Visoku zdravstvenu školu strukovnih studija, 15 % fakultet, a 30 % Specijalističke strukovne studije.

50 % ispitanika nastavu drži samo u nastavnoj bazi. Ovi rezultati, daju dobre smenice za rad, jer takvi nastavnici komuniciraju cele školske godine, pet dana nedeljno, sa medicinskim sestrama-tehničarima. Na taj način, praktično, postaju deo kolektiva, tima u nastavnoj bazi.

Od ukupnog broja anketiranih nastavnika zdravstvene nege 54 % se uvek oseća kao deo tima, 38 % samo ponekad, a 8 % se ne oseća kao deo medicinskog tima odeljenja gde vodi vežbe praktične nastave.

73 % nastavnika časove zdravstvene nege, u nastavnoj bazi, vodi po odluci rukovodioca (direktora škole i šefa praktične nastave). Samo 19 % dolazi u nastavnu bazu po sopstvenoj želji.

Najveći procenat anketiranih nastavnika (61 %) smatra da je timski rad važan u njihovoj profesiji. 31 % misli da je umereno važan, a za 8 % anketiranih nastavnika nije naročito važan. Isti procenat nastavnika (8 %) koji je odgovorio da se oseća kao deo medicinskog tima odgovorio je, da smatraju da je timski rad nevažan u njihovoj presoji.

Čak 85 % anketiranih nastavnika zdravstvene nege, je u najvećem broju slučajeva motivisano za komunikaciju sa medicinskom sestrom-tehničarem. Samo 15 % je uvek motivisano za komunikaciju i baš ti nastavnici pokazuju visoko razvijenu kolegijalnost i savestan odnos prema svojoj profesiji.

Na pitanje o stavovima o vrsti komunikacije koja postoji između nastavnika zdravstvene nege i medicinske sestre-tehničara u nastavnoj bazi pored ponuđenih odgovora postojala je mogućnost i slobodnog izbora, za koji se odlučilo 12 % anketiranih. Oni su naveli da je to interpersonalna komunikacija. Sa druge strane 68 % smatra da je to kombinacija verbalne i neverbalne komunikacije. 8 % nastavnika smatra da se u nastavnoj bazi koristi grupna, a 12 % da je to samo verbalna komunikacija. Ovim

pitanjem i dobijenim odgovorima, istraživanje pokazuje da nastavnici nisu najbolje upoznati sa vrstama komunikacije.

Komunikacija na odeljenju je uglavnom ili u najvećem broju slučajeva zadovoljavajuća. Treba naglasiti da je 16 % anketiranih uvek zadovoljano kvalitetom komunikacije sa medicinskim sestrama-tehničarima, što će naravno dovesti i do brzog uključivanja nastavnika u medicinski tim, a to dovodi do uspeha u realizaciji praktične nastave. Pozitivno je to što ni jedan nastavnik ne smatra da je komunikacija na odeljenju gde vodi vežbe nezadovoljavajuća.

Za obradu rezultata dobijenih na pitanje koji faktori utiču na kvalitet komunikacije, korišćena je specijalna Borda metoda. Ponuđene odgovore trebalo je poredati po stepenu značajnosti od 1-6. Dobijeni podaci su pokazali da nastavnici na prvo mesto stavljaju nezadovoljstvo u ličnom životu, kao faktor koji najviše utiče a kvalitet komunikacije u nastavnoj bazi. Na drugo mesto nezaineresovanost za posao, na treće niska primanja. Može se zaključiti da je to preko 50 % anketiranih. U ovom trenutku možda je to zaista objektivni razlog, loša situacija u društvu, prosveti, zdravstvu, ali nikako ne bi trebalo da bude i pravi.

Po 42 % anketiranih (ukupno 84 %) nastavnika smatra da njihove osobine utiču na kvalitet komunikacije sa medicinskom sestrom-tehničarem, i to potpuno ili uglavnom. Samo 16 % smatra da osobine nastavnika zdravstvene nege ne utiču na komunikaciju, samim tim ni na njihov rad i uključenost u timski.

Najveći broj anketiranih nastavnika 47 % pomoć traži od glavne medicinske sestre, 35 % njih prvo pozove koordinatora praktične nastave. Samo 15 % anketiranih nastavnika sami rešavaju nastale probleme u organizaciji vežbi u nastavnoj bazi.

Prikaz predloga mera na osnovu odgovora ispitanika na pitanje - Navedite vaše predloge za unapređenje kvaliteta komunikacije između nastavnika zdravstvene nege i medicinskih sestara-tehničara u nastavnoj bazi.

Pitanje je bilo otvorenog tipa. Nastavnici zdravstvene nege su sami navodili svoje predloge za unapređenje komunikacije na relaciji nastavnik medicinska sestra-tehničar u nastavnoj bazi. Odgovori su bili veoma ujednačeni, i uglavnom povezani sa faktorima koji utiču na kvalitet komunikacije. Tako je 90 % nastavnika navelo da bi prvenstveno bolji uslovi života uopšte, koji bi doveli do zadovoljstva u ličnom životu, poboljšali zainteresovanost za posao, a samim tim i kvalitet komunikacije na radnom mestu. Samo 10% anketiranih je dalo konkretne predloge za unapređenje komunikacije, kroz pohađanje različitih seminara i kurseva.

## 4 Zaključak

Na osnovu postavljenog cilja i zadataka istraživačkog rada, kao i dobijenih rezultata mogu se izvesti zaključci da je komunikacija nastavnika zdravstvene nege sa medicinskom sestrom-tehničarem u nastavnoj bazi zadovoljavajuća. Nastavnici zdravstvene nege su motivisani za komunikaciju jedni sa drugima u toku vežbi u nastavnoj



bazi. Nastavnici zdravstvene nege shvataju da je timski rad izuzetno važan u njihovoj profesiji. Istraživanje je pokazalo da nastavnici zdravstvene nege na poseduju dovoljno znanja o komunikaciji, ali takođe to nisu istakli kao problem ili faktor koji utiče na timski rad i kvalitet komunikacije u toku praktičnih vežbi. Između nastavnika zdravstvene nege i medicinske sestre-tehničara u nastavnoj bazi postoji verbalna i neverbalna komunikacija. Određeni faktori utiču na kvalitet komunikacije između nastavnika zdravstvene nege i medicinske sestre-tehničara u nastavnoj bazi. To su na prva tri mesta nezadovoljstvo u ličnom životu, niska primanja i nezainteresovanost za posao, a zatim i loši uslovi rada. U ovom trenutku je to zaista objektivni razlog, loša situacija u društvu, prosveti, zdravstvu, ali nikako ne bi trebalo da bude pravi. Osobine nastavnika zdravstvene nege utiču na kvalitet komunikacije u nastavnoj bazi. Ali određen broj nastavnika zdravstvene nege, njih 24 % misli da njihove osobine uopšte ne utiču na uspešnost komunikacije i to kako će se uklopiti u timski rad na odeljenju gde vode vežbe.

Poznavanje karakteristika timskog rada kao i faktora unapređenja istog ne izučavaju se tokom formalnog obrazovanja ni na jednom nivou. To svakako negativno utiče na sprovođenje timskog rada i nivo njegove uspešnosti u svim sferama ljudskog rada a posebno kada je integracija obrazovanja i zdravstva u pitanju kao što je slučaj u našem radu.

Imajući u vidu da je u toku proces reforme školstva, možda je pravi trenutak da se u programe srednjih medicinskih škola uvede predmet koji se bavi komunikacijom. Ukoliko se proceni da bi ovaj predmet dodatno opteretio učenike trebalo bi ispitati mogućnost da se u okviru predmeta Sociologije i/ili Psihologije posveti više pažnje ovoj temi ili u okviru građanskog vaspitanja. Omogućiti dodatnu edukaciju i stručno usavršavanje vezano za probleme u komunikaciji u okviru timskog rada, medicinskim sestrama – tehničarima koji su u radnom odnosu kao i nastavnicima zdravstvene nege, na osnovu analize uspešnosti saradnje sa nastavnom bazom. I konačno povećati značaj znanja, umenja, veština i navika vezanih za timski rad i kvalitetnu komunikaciju, u procesu selekcije kandidata za poziciju nastavnika zdravstvene nege.

## LITERATURA

1. Hargie, O. (1997). *The handbook of communication skills*. New York: Routledge.
2. Jančićević, N. (2008). *Organizaciono ponašanje*. Beograd: Data Status.
3. *Kompletna komunikaciona mreža bolnice*. Pridobljeno 8. 10. 2015, s <http://www.tisab-inzewing.co.rs>.
4. Marković, J. (2007) *Komunikacijske i interpersonalne veštine važne za sprovođenje nastavnog procesa*. Beograd: Ministarstvo prosvete i sporta, program reforme srednjeg stručnog obrazovanja faza II.
5. Pavlović, B. (2008). *Izazovi liderske uloge nastavnika*. Pridobljeno 6. 10. 2015, s <http://www.doiserbia.nb.rs>.
6. Pridobljeno 4. 10. 2015, s <http://www.mpn.gov.rs/propisi/zakoni/obrazovanje-i-vaspitanje>.
7. Ranković Vasiljević, R. (2000). *Metodika i organizacija zdravstvene nege*. Beograd: VMŠ.
8. Ranković Vasiljević, R. (2003). *Metodika nastave zdravstvene nege*. Beograd: VMŠ.
9. Vasiljević Blagojević, M. in Ranković Vasiljević, R. (2015). *Opšta pedagogija*. Beograd: Visoka zdravstvena škola strukovnih studija.

## Poznavanje smjernica osnovnog održavanja života uz uporabu AVD-a kod studenata

UDK 614.888-057.875

**KLJUČNE RIJEČI:** kardiopulmonalna reanimacija, osnovne mjere održavanja života, automatski vanjski defibrilator

**POVZETEK** - Kardiovaskularne bolesti među najčešćim su uzrocima smrtnosti u svijetu osoba starijih od 40 godina. Pravovremena i pravovaljana reakcija laika u pružanju pomoći žrtvama kod kojih je nastupila iznenadna srčana smrt od izuzetne je važnosti i povećava šanse za preživljavanje do dolaska tima hitne medicinske službe. Poznavanje smjernica osnovnog održavanja života uz korištenje automatskog vanjskog defibrilatora (AVD), ako je isti dostupan, trebalo bi biti na visokoj razini. Cilj istraživanja bio je utvrditi znanja studenata o poznavanju i spremnosti korištenja smjernica osnovnog održavanja života uz uporabu automatskog vanjskog defibrilatora. Istraživanje je provedeno unutar studentske populacije Sveučilišta Sjever različitih studijskih smjerova. Instrument provedbe istraživanja bio je on-line upitnik. Dobiveni rezultati pokazali su nisku razinu znanja o smjernicama osnovnog održavanja života i uporabu AVD-a u slučaju da se ukaže potreba za njihovim korištenjem. Rezultati istraživanja trebali bi usmjeriti na poboljšanje provođenja edukacije javnosti o navedenim postupcima što bi zasigurno povećalo stopu preživljenja u situacijama iznenadne srčane smrti te smanjilo sam strah od situacije.

UDC 614.888-057.875

**KEY WORDS:** cardiopulmonary resuscitation, basic life support, automated external defibrillator

**ABSTRACT** - Cardiovascular diseases are among the most often causes of death in the world of people over 40 years of age. A timely and legitimate reaction of lay persons in helping victims who suffered a sudden cardiac arrest is of exceptional importance and increases the chances of survival until the arrival of the emergency medical team. Knowledge of the guidelines of basic life support when using the Automated external defibrillator (AED), if it is available, should be on a high level. The goal of the research was to determine the knowledge of students about knowledge and capability of implementing guidelines of basic life support when using the Automated external defibrillator. The research has been performed within the student population of University North at different study programmes. The instrument of the pursuit of the research was an on-line questionnaire. The obtained results have shown a low level of knowledge about the guidelines of basic life support when using the AED, if there is a necessity for its use. The results of the research should direct to the improvement of education about the mentioned methods, which would definitely increase the rate of survival in the situations of sudden cardiac arrest and decrease the fear from the situation itself.

### 1 Uvod

Iznenadna srčana smrt jedan od najčešćih uzroka smrti u svijetu te čini oko 15 % uzroka svih smrti u zapadnom svijetu (Lloyd-Jones, Berry, Ning, Cai, Goldberger, 2009). Hollenberg (2008) navodi da ukoliko se ne provode mjere osnovnog održavanja života, šanse za preživljavanje smanjuju se svake naredne minute od početka zastoja srca za 7 do 10 %. KPR može napraviti veliku razliku u konačnom ishodu nakon iznenadnog srčanog zastoja. Edukacije koje se provode u nekim zemljama Europe i svijeta dovele su do povećanja broja osposobljenih ljudi koji su spremni koristiti AVD i postupati prema BLS smjernicama.

Kardiovaskularne bolesti među najčešćim uzrocima smrtnosti osoba starijih od 40 godina u svijetu (Chugh idr., 2004). U SAD-u godišnje umre oko 250 000 osoba od iznenadnog srčanog zastoja, a najčešća aritmija koja se javlja je ventrikularna fibrilacija (VF). U Europi ukupna incidencija svih poremećaja srčanih ritmova koji dovode do srčanog zastoja iznosi 37 na 100 000 stanovnika na godinu (Atwood, Eisenberg, Herlitz i Rea, 2005). Združeni podatci prikupljeni u 37 europskih zemalja govore da godišnja incidencija kardiorespiratornog aresta koje zbrine hitna medicinska služba iznosi 38 na 100 000 stanovnika za sve ritmove. Na temelju dostupnih podataka godišnja incidencija kardijalnog aresta s ventrikularnom fibrilacijom iznosi 17 na 100 000 stanovnika, a preživljenje do otpusta iz bolnice iznosi 10,7 % za sve ritmove i 21,2% za kardijalni arest s VF-om (Berdowski, Berg, Tijssen i Koster 2010). Hollenberg (2008) navodi da je postotak dugoročnog preživljavanja nakon kardijalnog aresta u porastu.

U novije vrijeme na nekoliko se načina pokušava ljude podučiti da prepoznaju kolaps i kardiorespiratorni arest u žrtava, te da primjene osnovne mjere održavanja života i time produže šansu za preživljavanje žrtvi do dolaska HMS. Šanse za preživljavanje, ukoliko se ne provode mjere osnovnog održavanja života, smanjuju se svake naredne minute od početka zastoja srca za 7 do 10 % (Nichol, 2008).

Jedna od odrednica kod žrtava koje dožive kolaps i srčani zastoj je ta da najčešće imaju aritmiju tipa VF za koju se preporuča masaža srca i što ranija defibrilacija. Weisfeldt (2010) navodi da mjere osnovnog održavanja života u kombinaciji s uporabom automatskog vanjskog defibrilatora (AVD) povećavaju šanse za preživljavanje za čak 75 %.

Imajući na umu navedene statističke podatke vezane uz svjetsku i europsku populaciju ljudi, posljednjih 10 godina razvijaju se programi javno dostupne defibrilacije (Public Access Defibrillation, PAD) s naglaskom na provedbu mjera osnovnog održavanja života i korištenje automatskog vanjskog defibrilatora (Rho i Page, 2007). Cilj programa javne dostupne defibrilacije je osposobiti što više ljudi za pravilnu implementaciju smjernica osnovnog održavanja života uz uporabu AVD. Prema procjenama od iznenadne srčane smrti u Hrvatskoj godišnje umire oko 9.000 osoba. Važno je dakle, osvijestiti ljude da su u slučaju iznenadnog srčanog zastoja i minute važne. Nadalje, važno je kod ljudi smanjiti strah od pristupa unesrećenoj osobi i pružanja mjera osnovnog održavanja života uz uporabu AVD-a.

### *1.1 Rano prepoznavanje i pozivanje pomoći*

Poznavanje važnosti o bolovima u prsima i njihovo rano prepoznavanje omogućuje brzi odgovor osobe ili bolesnika da se pozove tim HMS kako bi se na vrijeme prevenirao kardijalni arest. Kada već dođe do kardijalnog aresta u izvanbolničkim uvjetima brza dostupnost tima HMS je od presudne važnosti. Važno je poznavanje brojeva za pristup službama HMS (194, 112).

### *1.2 Rana kardiopulmonalna reanimacija*

Rana vanjska masaža srca i umjetno disanje usporuju oštećenje srca i mozga i ostalih organa. U izvanbolničkim uvjetima kardiopulmonalne reanimacije (KPR) od strane laika ili profesionalaca produljuju razdoblje uspješne reanimacije i udvostručuju šan-

se za preživljavanje. Iwami i dr. (2009) navode da unatoč poznatoj važnosti KPR-a u većini zemalja nazočni kod srčanog zastoja provode KPR u svega 30 % slučajeva.

Jedan od ključnih dijelova »Lanca preživljavanja« za pacijenta sa srčanim zastojem je rana defibrilacija. To je postupak koji dokazano poboljšava ishod kod srčanog zastoja zbog ventrikulske fibrilacije ili ventrikulske tahikardije bez pulsa. AVD je uređaj koji isporučuje električnu struju dovoljne jakosti da preko prsnog koša prođe i kroz srčani mišić, te depolarizira dovoljnu masu stanica, te time omogući prirodnom vodiču da preuzme kontrolu. Za razliku od ručnih/manualnih defibrilatora osobe koje rukuju ovim uređajem ne moraju biti osposobljene za prepoznavanje srčanih ritmova. AVD uređaj je napravljen na način da ne isporučuje električnu struju ukoliko analizirani ritmovi nisu VF/VT bez pulsa.

### *1.3 Uporaba automatskog vanjskog defibrilatora*

Iznenadna srčana smrt (SCD) predstavlja uzrok smrti oko 300 000 osoba godišnje, od čega je oko 80 % uzrokuje VF. Kod pojave VF u oko 40% slučajeva nema prisutnih svjedoka koji bi opisali događaj ili stanje pacijenta. Stopa preživljavanja ovisi o prisutnosti osoba koje su osposobljene za adekvatnu KPR i korištenje AVD aparata, od brzine dolaska ekipe s aparatom za defibrilaciju, provođenja mjera naprednog održavanja života i transporta u bolnicu. I pored najoptimalnijih uvjeta samo oko 20 % pacijenata s VF će doživjeti potpuni oporavak bez neuroloških ispada i biti otpušteno iz bolnice. Postavljanje AVD-a i edukacija o njegovoj primjeni dokazano je smanjila smrtnost od iznenadne srčane smrti (Soar idr. 2010).

### *1.4 Osnovno održavanje života i pravilna uporaba AVD-a*

Osnovne mjere održavanja života predstavljaju skup znanja i vještina kojima se omogućuje prepoznavanje osobe s zastojem rada srca i pluća te bez upotrebe pomagala, provode postupci oslobađanja dišnih putova, održavanja disanja i krvotoka. Srčani zastoj može se dogoditi bilo gdje, na ulici, na poslu ili kod vježbanja i izvođenja drugih napornih aktivnosti. KPR koju provode laici koji su posvjedočili srčanom zastojem povećava preživljenje za 2-3 puta, međutim, trenutno se provodi tek u 1 od 5 slučajeva srčanog zastoja izvan bolnice. Zbog toga u današnje vrijeme samo 1 od 10 takvih pacijenata preživi (European Resuscitation Council, ERC, 2014.)

## **2 Metodologija**

U istraživanju se koristio kvalitativni istraživački pristup i metoda deskripcije. Instrument provedbe istraživanja bio je on-line upitnik koji je obuhvaćao opće podatke o anketiranima te pitanja zatvorenog tipa gdje su bila ponuđena dva ili više odgovora od kojih je samo jedan ponuđeni odgovor točan, kojima se željelo provjeriti specifična znanja vezana uz tematiku istraživanja, te spremnost i stav o korištenju AVD-a.

Od ukupnog uzorka ispitanika, njih 116, svi su valjano odgovorili na pitanja postavljena u upitniku, te su time njihovi odgovori ušli u obradu podataka.

Prikupljeni podaci analizirani su pomoću programske podrške Statistika 11, StatSoft., licenciranim na Inc MEF. Prvotno su podaci uneseni i pripremljeni u primarnoj obradi u programskom paketu Microsoft Office Excel.

### 3 Rezultati

U ispunjavanju upitnika sudjelovalo je 116 ispitanika koji su polaznici šest studijskih smjerova, od toga 32 (27,6 %) ispitanika polaznici su studija Multimedija, dizajn i oblikovanje, 18 (15,5 %) ispitanika polaznici su studija Medijski dizajn, 24 (20,7 %) ispitanika polaznici su studija Građevinarstva, 8 (6,9 %) ispitanika polaznici su studija Komunikologija i odnosi s javnošću, 20 (17,2 %) ispitanika polaznici su studija Elektrotehnike, 14 (12,1 %) ispitanika polaznici su studija Proizvodno strojarstvo. U istraživanju je od ukupnog broja ispitanika sudjelovalo 67 (57,8 %) ispitanika muškog spola i 49 (42,2 %) ženskog spola.

*Tabela 1: Prikaz ispitanika prema spolu i studijskom smjeru*

Spol	Študijska smer						Ukupno
	Multi medija, dizajn i oblikovanje	Medijski dizajn	Građevinarstvo	Komunikologija i odnosi s javnošću	Elektrotehnike	Proizvodno strojarstvo	
M	15	6	17	3	14	12	67
	22,4 %	9,0 %	25,4 %	4,5 %	20,9 %	17,9 %	100,0 %
Ž	17	12	7	5	6	2	49
	34,7 %	24,5 %	14,3 %	10,2 %	12,2 %	4,1 %	100,0 %
Ukupno	32	18	24	8	20	14	116
	27,6 %	15,5 %	20,7 %	6,9 %	17,2 %	12,1 %	100,0 %

*Tabela 2: Prikaz ispitanika prema spolu i godini studija*

Spol	Godina studija			Ukupno
	1	2	3	
M	40	18	9	67
	59,7 %	26,9 %	13,4 %	100,0 %
Ž	24	17	8	49
	49,0 %	34,7 %	16,3 %	100,0 %
Ukupno	64	35	17	116
	55,2 %	30,2 %	14,7 %	100,0 %

Medijan godina iznosi 20, 25 percentila je 19, a 75 percentila je 22.

Na pitanje »Omjer kompresije prsnog koša i ventilacije jednog spasioca kod odraslih osoba je?«, 7 (10,4 %) muških ispitanika i 8 (16,3 %) ženskih ispitanika odgovorilo je točno što iznosi ukupno 15 (12,9 %) ispitanika. Na pitanje »Frekvencija vanjske

masaže srca odraslih osoba iznosi?«, 4 (6 %) muških ispitanika i 11 (22,4 %) ženskih ispitanika odgovorilo je točno što ukupno iznosi 15 (12,9 %) ispitanika. Na pitanje »Dubina kompresija vanjske masaže srca kod odraslih osoba iznosi?«, 6 (9 %) muških i 4 (8,2 %) ženskih ispitanika je odgovorilo točna, što ukupno iznosi 10 (8,6 %) ispitanika. Na 7. pitanje »Pravilan položaj ruku za vanjsku masažu srca jest?«, 42 (62,7 %) muških i 32 (65,3 %) ženskih ispitanika odgovorilo je točno, što ukupno iznosi 74 (63,8 %) ispitanika. Na 8. pitanje »Ako nađeš osobu kako leži na cesti i koja ne reagira, koji će biti tvoj prvi postupak prema toj osobi?«, 7 (10,4 %) muških i 12 (24,5 %) ženskih ispitanika odgovorilo je točno, što ukupno iznosi 19 (16,4 %) ispitanika.

*Tabela 3: Pitanje / broj ispitanika prema spolu koji su točno odgovorili na pitanja o znanju*

<i>Pitanje / broj ispitanika koji su točno odgovorili</i>	<i>muški N (%)</i>	<i>ženske N (%)</i>	<i>Ukupno</i>
Omjer kompresije prsnog koša i ventilacije jednog spasioca kod odraslih osoba	7 (10,4 %)	8 (16,3 %)	15 (12,9 %)
Frekvencija vanjske masaže srca odraslih osoba	4 (6 %)	11 (22,4 %)	15 (12,9 %)
Dubina kompresija vanjske masaže srca kod odraslih osoba	6 (9,0 %)	4 (8,2 %)	10 (8,6 %)
Pravilan položaj ruku za vanjsku masažu srca	42 (62,7 %)	32 (65,3 %)	74 (63,8 %)
Ako nađeš osobu kako leži na cesti i koja ne reagira, koji će biti tvoj prvi postupak prema toj osobi	7 (10,4 %)	12 (24,5 %)	19 (16,4 %)

Ukupno je znanje mjereno u pitanjima od broja 4. do 8. pitanja, ispitanici su za svaki točan odgovor dobivali bodove od 1 do 5. Stoga je dobiven medijan 1, minimum je 0, a maksimum 5, 25 percentila je .00, a 75 percentila 2.

Na pitanje »Bi li koristio AVD, u slučaju njegove pristupačnosti, u situaciji iznenadnog srčanog zastoja?«, 30 ispitanika je odgovorilo s »Da«, a 86 ispitanika je odgovorilo da ne bi koristili AVD. Od ispitanika koji su odgovorili s »Da«, 1 (3,3 %) je odgovorio da ne može zapamtiti kako se koristi, 19 (63,3 %) ih je odgovorilo da ne zna kako se AVD koristi, 2 (6,7 %) su izrazila strah za njegovo neispravno korištenje, a 8 (26,7 %) ispitanika je odgovorilo da se boje posljedica njegovog neispravnog korištenja. Od ispitanika koji su odgovorili s »Ne«, 3 (3,5 %) ne mogu zapamtiti kako se AVD koristi, 51 (59,3 %) se izjasnio da ne zna kako se uređaj koristi, 11 (12,8 %) ih je odgovorilo da se boje njegovog neispravnog korištenja, a 21 (24,4 %) ispitanik se boji posljedica njegovog neispravnog korištenja. Navedeni pitanja prikazana su u tablici 3.1.2, što je i prikazano na grafičkom prikazu 3.2.13.

Ispitanici koji su odgovorili s »Da« na pitanje bi li koristili AVD u slučaju dostupnosti nisu trebali odgovarati na pitanje »Ako ne, odaberi zašto«, ali su oni ipak odgovorili. Ovime su dobiveni dodatni podaci koji pokazuju da oni ispitanici koji su rekli da bi koristili AVD uopće nemaju više znanja o korištenju od studenata koji su odgovorili da ne bi koristili ili ne znaju kako se koristi. Ovaj rezultat potvrđuje test Independent-Samples Median Test,  $p < 0.05$  te ukazuje na to kako ustvari znanje ili neznanje ne utječu na to bi li ispitanici koristili AVD uređaj, samo ih je potrebno naučiti osnovno i oni su spremni koristiti uređaj.

Tabela 4: Prikaz odgovora ispitanika

Ne mogu zapamtiti kako se koristi		Ako ne bi, odaberi nešto od ponuđenih odgovora:				
		Ne znam kako se koristi	Bojim se da ga neću koristiti	Bojim se posljedica njegovog neispravnog korištenja	Ukupno	
Bi li koristio AVD u slučaju njegove pristupačnosti u situaciji iznenadnog srčanog zastoja?	Da	1	19	2	8	30
		3,3 %	63,3 %	6,7 %	26,7 %	100 %
	Ne	3	51	11	21	86
		3,5 %	59,3 %	12,8 %	24,4 %	100 %
Ukupno 3,4%		4	70	13	29	116
		60,3 %	11,2 %	25,0 %	100 %	

Od 30 (100,0 %) ispitanika koji su odgovorili da bi koristili AVD, samo 1 (3,3 %) ispitanik zna gdje se nalazi AVD uređaj, a njih 29 (96,7 %) nemaju saznanja gdje su postavljeni AVD uređaji. Od 86 (100,0 %) ispitanika koji ne bi koristili AVD, njih 19 (22,1 %) znaju gdje su postavljeni AVD-i u Varaždinskoj županiji, a 67 (77,9 %) ispitanika nema saznanja gdje su postavljeni AVD-i .

Tabela 5: Prikaz odgovora na pitanje »Bi li koristio AVD, u slučaju njegove pristupačnosti, u situaciji iznenadnog srčanog zastoja?«

		Da li znaš gdje su postavljeni AVD uređaji u Varaždinskoj županiji		Ukupno
		Da	Ne	
Bi li koristio AVD u slučaju njegove pristupačnosti u situaciji iznenadnog srčanog zastoja?	Da	1	29	100,0%
		3,3%	96,7%	86
	Ne	19	67	100,0%
		22,1%	77,9%	116
Ukupno		20	96	100,0%
		17,2%	82,8%	

## 4 Rasprava

Rezultati ovog istraživanja pokazali su da studenti imaju malu razinu znanja i poznavanja smjernica BLS-a. Poznavanje točnog omjera kompresije i ventilacije pokazalo je samo 12,9% ispitanika, a poznato je da je ono od izuzetne važnosti jer se time osigu-

rava vrijeme potrebno za održavanje protoka krvi kroz koronarne arterije do dolaska profesionalne pomoći.

Pravilna frekvencija vanjske masaže srca vrlo je važna karika u BLS-u, njome se pokušava održati frekvencija normalnog srčanog rada te samim time distribucija krvi i kisika u vitalne organe, a ujedno sprečava prerano umaranje kod osobe koja masažu izvodi. Samo 12,9 % studenata identificiralo je i točno odgovorilo na pitanje o pravilnoj frekvenciji masaže kod odraslih osoba. Izvođenje vanjske kompresije nepravilne dubine može biti beskorisno pa i štetno za unesrećenu osobu. Međutim, rezultati ovog istraživanja pokazuju nisku razinu znanja (svega 8,6 % točnih odgovora) o pravilnoj dubini pritiska kod vanjske kompresije prsnog koša u odraslih osoba. U istraživanju provedenom u Saudijskoj Arabiji na pitanje o dubini kompresije u odraslih osoba 22 % studenata odgovorilo je točno (Almesned idr., 2014).

Izvođenje kompresija na pravome mjestu doprinosi boljoj koronarnoj cirkulaciji i dodatno se smanjuje rizik od komplikacija poput frakture rebara. Uz to, vrijeme preki-da između kompresija, frekvencija, dubina i mjesto vanjske kompresije prsnog koša direktno utječu na ishod KPR. Ovdje su studenti pokazali vrlo visok stupanj znanja: njih 64 % točno je identificiralo položaj ruku kod odraslih osoba. S obzirom da nisu pokazali takvo znanje o ostalim segmentima KPR, za pretpostaviti je da su studenti odgovarali logičkim slijedom s obzirom na anatomsku poziciju srca ili su negdje vidjeli poziciju na kojoj bi ruke trebale biti smještene.

Siguran pristup najbitniji je korak u pružanju pomoći unesrećenoj osobi. Preskakanje ovog koraka može biti kobno, kako za žrtvu, tako i za osobu koja pomoć pruža pa umjesto jedne unesrećene osobe mogu biti dvije. Poražavajuće je mali postotak studenata koji zna da je potrebno uvijek paziti na sigurnost pristupa unesrećenoj osobi: njih svega 16,4 % smatra da je to prvi i najbitniji postupak kod pružanja pomoći unesrećenom. U sličnom istraživanju provedenim u Saudijskoj Arabiji, 58 % ispitanika stavilo je sigurnost pristupa na prvo mjesto (Almesned idr., 2014).

Samo 34,5 % studenata zna što znači skraćenica AVD, što insinuirna na činjenicu da, čak kad bi se i neki određeni broj studenata našao u situaciji da navedeni aparat bude u potrebi koristiti, malo njih bi to i učinilo jer ne bi znali što on jest i čemu služi. Almesned i dr. (2014) na temelju istraživanja provedenog na Sveučilištu Qassim u Kraljevini Saudijskoj Arabiji na grupi koja se sastojala od studenata medicine, farmacije i stomatologije utvrđuje da 44 % studenata poznaje značenje skraćenice AVD što je s obzirom na stručnost ispitivane skupine, mali postotak jer se od njih očekuje da su upoznati s značenjem navedenog pojma.

Korištenje AVD-a uvelike povećava šanse za preživljavanje: 18,4 % studenata koristilo bi uređaj da se nađu u situaciji da ga treba koristiti, što je ujedno zabrinjavajuće niski postotak - značajno smanjuje šansu za preživljavanje unesrećenog do dolaska tima HMS i provođenja naprednih mjera održavanja života, čime hipoteza o pozitivnom stavu studenata i spremnosti korištenja AVD-a nije potvrđena.

Ispitanici koji su odgovorili s »Da« na pitanje o korištenju AVD-a u slučaju dostupnosti, nisu trebali odgovarati na pitanje »Ako ne, odaberi zašto«, ali su ipak svi odgo-



vorili. Odgovori su zapravo pokazali da oni ispitanici koji su rekli da bi koristili AVD uopće nemaju veće znanje o korištenju AVD-a od studenata koji su odgovorili da ga ne bi koristili ili ne znaju kako se koristi AVD. Ovaj upitnik i  $p = 0.05$  pokazuju kako ustvari poznavanje ili nepoznavanje ne utječu na korištenje AVD uređaja. Iz navedenog moglo bi se zaključiti kako bi populaciju trebalo educirati u osnovnim znanjima što bi ljude navelo da koriste uređaj.

Samo 17,2 % točnih odgovora o lokacijama na kojima su postavljeni AVD uređaji u Varaždinskoj županiji ne začuđuje ako se uzme u obzir nekoliko činjenica. Prvo, same oznake lokacija na kojima se uređaji nalaze nisu dovoljno istaknute niti su na vidljivom mjestu. Nadalje, jedino mjesto gdje postoji popis dotičnih lokacija nalazi se na internetskim stranicama nacionalnog i županijskih Zavoda za hitnu medicinu. Nije za očekivati kako će se studentska populacija o navedenim pitanjima informirati te je razina poznavanja lokacija razumljiva. Jedini način na koji se može utjecati na upoznatost populacije s lokacijama AVD uređaja jesu drugačiji i prošireni kanali informiranja, češća medijska kampanja o tematici te jače obilježavanje mjesta i sama dostupnost i broj uređaja.

Nacionalna kampanja »Pokreni srce - spasi život«, jedna od pozitivnih primjera o edukaciji široke populacije, pokrenuta je 2013. godine na državnoj razini s ciljem osvješćivanja i upoznavanja ljudi sa smjernicama BLS-a i korištenju AVD-a. Svrha kampanje je povećati broj ljudi koji će biti spreman koristiti AVD i smjernice BLS-a, a ujedno i umanjiti strah od pristupa unesrećenoj osobi. U ovom istraživanju 44,8 % studenata izjasnilo se da je čulo za kampanju što dovodi u pitanje ozbiljnost shvaćanja njezinog sadržaja i ciljeva. Rezultati dobiveni ovim istraživanjem koji se tiču znanja studenata idu u prilog loše percepcije sadržaja kampanje i benefita koje ona nudi. Navedeno pokazuje kako bi pažnju valjalo usmjeriti na sustavniju prezentaciju kampanje, povećavanje pristupačnosti i učestalost njezinog reklamiranja te poticanje edukacije temeljene na njoj, a koju bi trebalo provoditi i na nižim, lokalnim razinama. Čak 95,7 % studenata zna koji nacionalni broj treba pozvati da se zatraži tim HMS. Dobra medijska kampanja i uvođenje jedinstvenog broja za sve žurne službe 112 i 194 za HMS rezultirali su jednostavnim pamćenjem tih brojeva. Ovi rezultati su pokazali kako bi zavidno velik broj studenata ipak znao pozvati hitnu medicinsku službu u slučaju vlastite procjene u situaciji potrebe što uvelike povećava šanse za preživljavanje unesrećenog i bolji ishod same situacije.

U istraživanju koje su proveli Meissner, Kloppe i Hanefeld (2012) u Skandinaviji među srednjoškolicima rezultati su pokazali povećanje broja srednjoškolaca koji su voljni pristupiti KPR-u nakon njihove bazične obuke, čime dolazi do porasta broja slučajeva s pozitivnim ishodom nakon iznenadnog srčanog zastoja.

## 5 Zaključak

Cilj ovog istraživanja bio je proučiti, barem u nekim područjima, konkretno znanje studenata o provođenju osnovnih mjera održavanja života i korištenju AVD-a. Prema

ranije iznesenim rezultatima, pokazalo se da veliki dio ispitanika ne pokazuje dovoljno znanje o mjerama pružanja osnovne pomoći te da većina njih ne bi koristila AVD što je posljedica neznanja. "Sam lanac je jak koliko i njegova najslabija karika" navodi tj. sve četiri karike lanca moraju biti jake i za očekivati je da postoje mogućnosti za ostvarenje i poboljšanje u praksi pružanja BLS-a i korištenja AVD-a (Iwami i dr. 2009). Nepobitno je da je korištenje AVD-a jedan od značajnijih faktora, za konačan ishod situacije kod iznenadne srčane smrti. Uz pravodobno korištenje AVD-a, dokazanog rezultatima, u stopu preživljenja uključene su i sama prisutnost osobe spremne da koristi uređaj, brzina dolaska ekipe HMS, provođenje mjera naprednog održavanja života te što brži i adekvatniji transport u bolnicu.

Ograničavajući se na dio lanca koji se u ovom istraživanju promatrao, moguće je zaključiti kako je za sve provođenje navedenih stavki potrebno znanje. Ovdje je potrebno osvrnuti se na znanje vezano uz korištenje AVD-a od strane laika tj. studenata kao istraživane skupine. Rezultati istraživanja trebali bi usmjeriti na one najslabije karike lanca, a to je smiren, siguran i ispravan pristup te znanje, brzina i odvažnost u korištenju AVD uređaja što sve treba objediniti pod jednim edukacijskim naporom u podučavanju širokih masa ljudi u navedenim situacijama. Edukacija bi, u ovom slučaju, trebala biti multifaktorska prodirući do ljudi kroz medicinske, medijske i već postojeće obrazovne sustave kako bi se postepeno utjecalo na svijest kako pojedinca tako i društva.

Poboljšanje provođenja samih mjera osnovnog održavanja života u teorijskim sferama, ali i samo djelovanje na razini konkretne izvedbe, obaveze su koje su stavljene pred populaciju stručnih osoba u budućnosti. Educiranje javnosti o navedenim postupcima povećalo bi stopu preživljenja u situacijama iznenadne srčane smrti te smanjilo sam strah od situacije. Napore u provođenju ovih algoritama treba svakako i povećati na samom istraživačkom polju jer je sama tema još uvijek nedovoljno istražena i postoji veliki prostor napretku kako bi društvo bilo sposobno svakodnevno spašavati živote.

## LITERATURA

1. Almesned, A., Almeman, A., Alakhtar, A. M., AlAboudi, A. A., Alotaibi, A. Z., Al-Ghasham, Y. A. idr. (2014). Basic life support knowledge of healthcare students and professionals in the Qassim University. *Int J Health Sci (Qassim)*, 8 (2), 141–150.
2. Atwood, C., Eisenberg, M. S., Herlitz, J. and Rea, T. D. (2005). Incidence of EMS-treated out-of-hospital cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*, 67 (1), 75–80.
3. Berdowski, J., Berg, R. A., Tijssen, J. G. and Koster, R. W. (2010). Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: Systematic review of 67 prospective studies. *Resuscitation*, 81 (11), 1479–1487.
4. Chugh, S. S., Jui, J., Gunson, K., Stecker, E. C, John, B. T., Thompson, B. idr. (2004). Current burden of sudden cardiac death: multiple source surveillance versus retrospective death certificate - based review in a large US community. *J Am Coll Cardiol*, 44, 1268–1275.
5. Hollenberg, J., Herlitz, J., Lindqvist, J., Riva, G., Bohm, K., Rosenqvist, M. idr. (2008). Improved survival after out-of-hospital cardiac arrest is associated with an increase in proportion of emergency crew-witnessed cases and bystander cardiopulmonary resuscitation. *Circulation*, 118 (4), 389–396.

6. Iwami, T., Nichol, G., Hiraide, A., Hayashi, Y., Nishiuchi, T., Kajino, K. idr. (2009). Continuous improvements in »chain of survival« increased survival after out-of-hospital cardiac arrests: a large-scale population-based study. *Circulation*, 119 (5), 728–734.
7. Jasmeel, S., Koenraad, G., Monsieurs, Ballance, J. W., Barelli, A., Biarent, D. idr. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 9. Principles of education in resuscitation. *Resuscitation*, 81 (10), 1434–1444.
8. Lloyd-Jones, D. M., Berry, J. D., Ning, H., Cai, X. and Goldberger, J. J. (2009). Epidemiology of Sudden Death Abstract 969: Lifetime Risk for Sudden Cardiac Death at Selected Index Ages and by Risk Factor Strata and Race: Cardiovascular Lifetime Risk Pooling Project. *Circulation*, 120, 416–417.
9. Meissner, T. M., Kloppe, C. and Hanefeld, C. (2012). Basic life support skills of high school students before and after cardiopulmonary resuscitation training: a longitudinal investigation. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.*, 20 (31).
10. Nichol, G., Thomas, E., Callaway, C. W., Hedges, J., Powell, J. L., Aufderheide, T. P., Rea, T., Lowe, R., Brown, T., Dreyer, J., Davis, D., Idris, A. and Stiell, I. (2008). Resuscitation Outcomes Consortium Investigators. *JAMA*, 300 (12), 1423–1431.
11. Pridobljeno, s <http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572%2814%2900811-9/pdf>.
12. Rho, R. W. and Page, R. L. (2007). The automated external defibrillator. *J Cardiovasc Electrophysiol*, 18 (8), 896–899.
13. Sudden cardiac death – a silent killer in disguise. (2010). *Medix*, 87, 21.
14. Weisfeldt, M. L., Sitlani, C. M., Ornato, J. P., Rea, T., Aufderheide, T. P., Davis, D., Dreyer, J., Hess, E. P., Jui, J., Maloney, J., Sopko, G., Powell, J., Nichol, G., Morrison, L. J., ROC Investigators (2010). Survival after application of automatic external defibrillators before arrival of the emergency medical system: evaluation in the resuscitation outcomes consortium population of 21 million. *J Am Coll Cardiol.*, 55 (16), 1713–1720.

# Zgodnja mobilizacija in preprečevanje zapletov hospitalizacije

UDK 614.21-053.9

**KLJUČNE BESEDE:** mobilizacija, hospitalizacija, starostniki, funkcionalni upad

**POVZETEK** - Najpogostejša posledica hospitalizacije starostnikov je upad funkcionalnih zmožnosti za izvajanje dnevnih aktivnosti. Izguba samostojnosti se ne pojavi samo zaradi akutne bolezni, temveč tudi zaradi omejenih možnosti opravljanja konkretne funkcije v bolnišničnem okolju. Raziskave kažejo, da načrtovan program celovite zdravstvene oskrbe pomembno vpliva na ohranitev stopnje funkcionalne samostojnosti. Zdravljenje v bolnišnici ne predstavlja le zdravljenja osnovne bolezni, temveč tudi skrb za ohranjanje mobilnosti, kot kazalec kvalitete življenja. Upad gibalnih zmožnosti se kaže v slabšem ravnotežju in večjem številu padcev, pomembno vpliva na pojav delirija in zapletov na dihalih, srčno-žilnem sistemu, mišično-skeletnem sistemu in koži. Rehabilitacija starostnikov je dolgotrajen proces, ki se ne konča z obravnavo fizioterapevta, temveč jo je treba izvajati preko celega dne. Vloga vseh članov bolnišničnega tima je ohranjanje, vzpodbujanje in vključevanje funkcionalnih zmožnosti v dnevne aktivnosti in negovalne postopke.

UDC 614.21-053.9

**KEY WORDS:** mobilisation, hospitalisation, the elderly, functional decline

**ABSTRACT** - Most common consequence of hospitalisation of elderly patients is a decline of ability to perform daily activities. Loss of functional independence results not only from the effects of the acute illness, but also from the limited ability to maintain this function in the hospital environment. The research has demonstrated that comprehensive hospital care has a significant influence on functional independence. Hospital care therefore represents the treatment of the underlying disease, as well as enhances the level of mobility, which is an indicator of the quality of life. Functional decline is reflected as impaired balance, increased number of falls, and it has a significant impact on the incidence of delirium, respiratory, cardiovascular, musculo-skeletal and skin complications. Rehabilitation of elderly patients is a long-lasting process and it should be carried out throughout the whole day. The role of the hospital team members is preservation, promotion and integration of functional capabilities in daily activities and care procedures.

## 1 Uvod

Demografske spremembe, ki smo jim priča v zadnjih dveh desetletjih, zahtevajo prilagoditve in spremembe tudi znotraj zdravstvenega sistema. Število ljudi, starejših od 65 let, se izredno povečuje. Statistični podatki v Evropi kažejo na naraščanje generacije starejših že na več kot 17 % prebivalstva. V tem življenjskem obdobju se pojavljajo novi sociološki pogledi na zdravje in kakovost življenja, ter novi izzivi na področju zdravstva. Globalizacija in industrializacija sta v zadnjih desetletjih spremenili odnose v družini. Starostniki postajajo vedno bolj prepuščeni sami sebi. Vsaka poškodba ali bolezen pomeni za starostnika hud zaplet in nevarnost za izgubo samostojnega in kakovostnega življenja (Turk, Jesenšek in Turk, 2008). Staranje je povezano s fiziološkimi spremembami, ki vplivajo na izgubo mišične mase -zmanjšano mišično moč in aerobno zmogljivost, vazomotorično nestabilnost in zmanjšano senzorično občutljivost. Zmanjšana kostna gostota povečuje tveganje za poškodbe kosti in sklepov. Starost vpliva na mehaniko dihanja in zmanjšano ventilacijo (Hughes, 2008). Hospitalizacija ter kronične bolezni te spremembe še poglobijo.

Upad fizioloških funkcij je del procesa staranja, ki ga težko ločimo od vpliva kroničnih bolezni, ki so z leti vse pogostejše. Najpogostejše kronične bolezni starostnikov so srčna obolenja, hipertenzija, diabetes, artritis in onkološka obolenja. Akutna poslabšanja predstavljajo večinski delež hospitalizacij. Bolezen ali poškodba in mirovanje predstavljajo dejavnik tveganja za razvoj nezaželenih komplikacij, ki vplivajo na potek in izid zdravljenja. Najpogostejša posledica hospitalizacije ostarelih je upad funkcionalnih zmožnosti, ki ni vedno neposreden zaplet bolezni, ima pa dolgoročen vpliv na kakovost življenja. Pomeni nezmožnost izvajanja osnovnih dnevnih aktivnosti kot so hranjenje, oblačenje, osebna nega in gibalna aktivnost. Zmanjšana mobilnost v času hospitalizacije vodi v napredujočo izgubo kostne gostote, dehidracijo, podhranjenost, ter poveča tveganje za delirij, inkontinenco in respiratorne zaplete. Upad funkcionalnih zmožnosti se pojavi že drugi dan hospitalizacije (Hughes, 2008). Brez primerne mobilizacije lahko posameznik izgubi do 5 % mišične mase dnevno. Izguba mišične mase in moči vplivata na bolnišnično pridobljene preležanine, padce in respiratorne zaplete (Pashikanti in Von Ah, 2012).

## 2 Zgodnja mobilizacija

Mirovanje pri ostarelih pacientih povzroči petdesetkrat hitrejšo izgubo kostne gostote kot pri mladih. Zmanjšanje kostne gostote po desetih dneh mirovanja, se povrne v prvotno stanje po štirih mesecih (Resnick, 2013). Mobilizacijo je zato potrebno omogočati in ohranjati, nasprotno velja samo v primeru, da je kontraindicirana iz zdravstvenih razlogov. Pri poslabšanju zdravstvenega stanja in preprečevanju zapletov se pogosto vključi fizioterapija. Za ohranjanje dosežene funkcionalne samostojnosti je potrebno vzporedno sodelovanje medicinskih sester in svojcev, da se pacienta ohranja mobilnega preko celega dne. Znanstveni dokazi kažejo, da celostna zdravstvena oskrba, ki vključuje mobilizacijo v zgodnjih dneh intenzivnega zdravljenja in ukinitvev sedacije, vpliva na boljši funkcionalni status bolnika ob odpustu, skrajša čas delirija in zmanjša potrebo po mehanski ventilaciji (Schweickert idr., 2009).

Zdravstvena oskrba v bolnišnici ne predstavlja le zdravljenja osnovne bolezni, temveč tudi skrb za ohranjanje funkcionalnih sposobnosti. Pri hospitaliziranih starostnikih je bistvenega pomena čimprejšnje privajanje na pokončni položaj, hojo, trening motoričnih funkcij in vadba dnevnih aktivnosti. Z zgodnjo mobilizacijo ter aktivnim sodelovanjem pacientov in osebja, lahko učinkovito zmanjšamo tveganje za zaplete na dihalih, srčno žilnem sistemu, mišičnoskeletnem sistemu in koži. Pomemben podatek je na zgodnji, intenzivni in individualno usmerjeni obravnavi. Zgodnja mobilizacija se izvaja prvi dan po nastanku okoliščin, ki so poslabšale zdravstveno stanje, večkrat dnevno, glede na potrebe pacienta. Intenzivnost rehabilitacije je prilagojena zdravstvenemu stanju in zmožnostim vsakega pacienta posebej. Pomemben vidik učinkovite zdravstvene oskrbe je aktivno sodelovanje pacienta v procesu zdravljenja. Zato je seznanjenost z namenom, vključevanje v delovne postopke in učenje aktivnosti bistveno za učinkovito doseganje zastavljenih ciljev.

### 3 Zapleti hospitalizacije

#### 3.1 Upad funkcionalnih zmožnosti

Okoli 75 % pacientov, starosti 75 let in več, ki so ob sprejemu samostojni, so ob odpustu odvisni od pomoči pri mobilizaciji (Resnick, 2013). Po samo nekaj dneh mirovanja lahko ostareli pacienti z zmanjšanimi fiziološkimi rezervami izgubijo zmožnost funkcionalne samostojnosti. Izguba samostojnosti se ne pojavi samo zaradi akutne bolezni, temveč tudi zaradi omejenih možnosti opravljanja konkretne funkcije v hospitalnem okolju. Upad funkcionalnih zmožnosti je v večji meri posledica hospitalizacije, kot obstoječega zdravstvenega stanja. Sorazmerno je povezan s časom, ki ga preležijo v supinacijskem položaju. Ostareli pacienti, ki so bili prej samostojni, preživijo v bolnišnici kar 83 % dneva v ležečem položaju (Hughes, 2008).

Funkcionalni status ni primarnega pomena v procesu zdravljenja, kljub temu pa je pomemben indikator izida in stroškov zdravljenja. Je razmerje med zmožnostjo opravljanja dnevnih aktivnosti in psihomotoričnim stanjem človeka. Skoraj ena tretjina ljudi po vrnitvi v domače okolje ne zmore opravljati ene ali več vrst osnovnih dnevnih aktivnosti, v primerjavi s stanjem pred hospitalizacijo. Pri številnih ostarelih je upad funkcionalnih zmožnosti med hospitalizacijo nepovraten (Hughes, 2008). Raziskave kažejo, da načrtovan program celovite zdravstvene oskrbe, ki je usmerjena v ohranjanje gibalnih zmožnosti pacienta, pomembno vpliva na stopnjo funkcionalne samostojnosti.

#### 3.2 Padci

Upad funkcionalnih zmožnosti se kaže v slabšem ravnotežju in večjem številu padcev. Padci in posledično nastale poškodbe predstavljajo resen zdravstveni problem in pomembno preventivno področje zdravstvene nege (Kelly in Dowling, 2004). Na pacienta vplivajo številni dejavniki tveganja, zato se v bolnišničnem okolju pričakuje večja pojavnost padcev. Padci, ki se končajo s poškodbo, pogosto podaljšajo zdravljenje in predstavljajo veliko finančno obremenitev za zdravstveni sistem. Preprečevanje padcev je zelo pomembno z vidika pacientove varnosti in kazalnik kakovosti zdravstvene oskrbe. Dejavniki tveganja so sprememba mentalnega stanja, motnja dinamičnega ravnotežja, disfunkcija sečil in prebavil, oslabeledost spodnjih udov, senzorične okvare, vrtoglavica in ortostatska hipotenzija, zgodovina padcev in vpliv nekaterih zdravil (Blagojević, 2011). S strokovnim pristopom lahko prepoznamo povečano ogroženost že ob sprejemu. Paciente se vključi v načrtovan program zdravstvene oskrbe, ki vključuje ukrepe za preprečevanje padcev, kot so informiranje in pomoč pri opravljanju osnovnih dnevnih aktivnosti ter terapijo usmerjeno v izboljševanje koordinacije in ravnotežja.

#### 3.3 Respiratorni zapleti

Starost prinese številne strukturne in funkcionalne spremembe na pljučih, kot so zmanjšana elastičnost pljuč in oslabiljena moč dihalnih mišic. Spremembe nastajajo v strukturah stene prsnega koša in v skeletnih mišicah, zlasti v preponi in trebušnih mišicah. Vse navedeno ima posledice v pljučni funkciji. Upor v dihalnih poteh se povečuje, pojavlja se obstruktivna motnja kot posledica staranja, genetskih dejavni-

kov in vplivov okolja (Mušič, 2008). Dolgotrajno mirovanje in neaktivnost pacienta ima neugodne vplive na dihanje in pljučni krvni obtok. Pri ležanju se zaradi pritiska vsebine trebušne votline prepona dvigne, zato se zmanjšajo dihalne površine, zaradi težnosti se kri prerazporedi dorzalno, razvijejo se arterijsko venski shunti in atelektaze, kar vodi v hipostatsko pljučnico. Dihanje je zaradi mirovanja in bolečine plitvo in nezadostno. Naravni mehanizmi čiščenja dihalnih poti so oslabljeni.

Hospitalne pljučnice so eden izmed najnevarnejših zapletov zdravljenja. Pljučnica je druga najpogostejša okužba, za uroinfektom, povezana s hospitalizacijo (Hughes, 2008). Pri mehansko ventiliranih pacientih podvoji tveganje za smrtnost, podaljša ležalno dobo in bistveno poveča stroške zdravljenja. Usmerjena bolnišnična oskrba, ki vključuje nameščanje v terapevtske položaje, zgodnjo vertikalizacijo, dihalne vaje in tehnike čiščenja dihalnih poti vpliva preventivno na nastanek hospitalnih pljučnic.

Preprečevanje respiratornih zapletov pri pacientih v intenzivnih enotah se prične s pravilnimi položaji v postelji in pogostimi spremembami terapevtske lege. Dvignjeno vzglavje zmanjša tveganje za aspiracijo želodčne vsebine, hospitalno pljučnico in gastroezofagealni refluks. Raziskava Drakulović idr. (2004, v Hughes, 2008) je proučevala vpliv položaja v postelji pri 86 mehansko ventiliranih pacientih v enotah intenzivne terapije. Rezultati so pokazali, da polbočni položaj (45°) v primerjavi s supinacijskim položajem vpliva na zmanjšano pojavnost pljučnic. Skrb za redno in pravilno nameščanje pacienta v postelji je enostaven ukrep, ki bistveno zmanjša pojavnost respiratornih zapletov (Hughes, 2008).

### 3.4 Delirij

Zapleti zaradi hospitalizacije so povezani tudi z nastankom delirija pri starostnikih. Različni avtorji navajajo, da od 10 do 15 % vseh hospitaliziranih pacientov, oziroma od 10 do 30 % ostarelih pacientov v različnih splošnih in intenzivnih enotah bolnišnic prestane bolj ali manj izrazite oblike delirija. Delirij je nenadna sprememba mentalnega stanja, ki se kaže kot zmedenost, dezorientiranost, motnja pozornosti in zavesti. Najprej je prizadeta orientacija v času, kasneje v prostoru. Miselni tok je običajno upočasnen in bolj ali manj inkoherenten. Značilne so pogoste in hitre spremembe razpoloženja, spominske motnje in blodnje (Kogoj, 2011). Sproži ga poseganje v delovanje nevrottransmitterjev kot so vnetja, infekti in medikamenti. Dodaten stres in dezorientacijo povzročijo sistemi, ki omejujejo gibanje pacienta (infuzijski sistemi, dreni, katetri, trakovi za fiksacijo), motnje spanja, neznano okolje, spremembe dnevne rutine in ločitev od svojcev (Schatz, 2011).

Starostnikom prilagojena zdravstvena oskrba lahko zmanjša tveganje za pojav delirija. Načrt preprečevanja sprememb mentalnega stanja v bolnišničnem okolju vsebuje izvajanje vertikalizacije in mobilizacije večkrat na dan in razumno uporabo pripomočkov za omejevanje gibanja, urinskih katetrov in sedativov. Vključuje ukrepe za orientacijo pacientov v času in prostoru preprečevanje dehidracije, infekcij in zagotavljanje pacientovih osebnih pripomočkov. Pacientu je potrebno zagotoviti primerno protibolečinsko terapijo in se izogibati zdravilom, ki povzročajo delirij (Inouye in Robinson, 2014).

### 3.5 Inkontinenca

Urinska inkontinenca je nehotno uhajanje urina, ki je med starejšimi ženskami dvakrat pogostejša, kot med starejšimi moškimi. Skoraj 40 % žensk v Sloveniji ima UI, od tega jih je 33 % mlajših od 40 let, 17 % jih je starih do 60 let ter 50 % nad 60 let (Goubar, 2009, v Trobec, Ličen, Žvanut, Plazar in Čemažar, 2010). K izgubi kontrole delovanja mehurja prispevajo različni patološki in funkcionalni dejavniki. Ocenjujejo, da ima pri starejših ženskah pomanjkanje estrogenov v post menopavzalnem obdobju pomembno vlogo pri nastanku UI, medtem ko je pri starejših moških razlog praviloma bolezen (Burke in Walsh, 1997, v Trobec idr., 2010).

Urinska ali fekalna inkontinenca se razvije pri več kot 40 % hospitaliziranih pacientih, starejših od 65 let, pogosto v nekaj dneh. Razlogi zanjo so nepoznano okolje, oddaljenost stranišča, nezmožnost samostojnega gibanja, visoka postelja, zaščitne ograje, monitoring in katetri, ki omejujejo gibanje pacienta. Pacienti, ki uporabljajo invalidski voziček ali druge pripomočke za hojo in pacienti, ki so pri gibanju odvisni od drugih, imajo bistveno več možnosti za bolnišnično pridobljeno inkontinenco v primerjavi s pacienti, ki so bili pred hospitalizacijo samostojni (Palmer, 2002). Z usmerjenimi ukrepi in nasveti lahko v času hospitalizacije preprečimo ali omilimo pojav določene vrste inkontinenca. Pomembna je primerna hidracija in uravnotežena prehrana, dosledno upoštevanje indikacij za urinske katetre in razumna uporaba pripomočkov za inkontinenca. Jones in Brand (2002, v Šmitek, 2004) v smernicah, temelječih na izsledkih, navajata, da je z vstavljenim urinskim katetrom poleg bolnišničnih okužb v večjem odstotku povezan tudi pojav delirija pri starejših pacientih. Izguba nadzora nad izločanjem in opredelitev pacienta, kot inkontinentnega lahko povzroči hudo duševno travmo in spremeni samopodobo človeka (Šmitek, 2004). Pri slabo mobilnih pacientih poskrbimo za spremstvo ali sobno stranišče. Redno odvajanje je pomembno tako za preprečevanje uhajanja urina kot za trening mehurja. Cilj ukrepov in zdravljenja inkontinenca je ohranjanje renalne funkcije, suhost pacienta in normalno mokrenje (Klemenc, 1995).

### 3.6 Podhranjenost

Ostareli so posebno ranljiva skupina za nastanek podhranjenosti. Tveganje se poveča pri dolgotrajni institucionalni oskrbi. V bolnišničnem okolju je podhranjenost povezana z nižjo odpornostjo proti okužbam, vzdrževanjem integritete kože, zdravljenjem po operativnih ran idr. elovanjem pri rehabilitaciji. Hospitalizacija prispeva k podhranjenosti s togimi časi obrokov, nedostopnostjo tekočin, s hranjenjem v postelji in pomanjkljivo pomočjo pri hranjenju (Resnick, 2013). Podhranjenost vpliva na skoraj vse organske sisteme. Mišična disfunkcija, še posebno mišic prsnega koša, vpliva na večjo pojavnost pljučnic pri podhranjenih. Študija je pokazala, da ima podhranjenost vpliv na zastoj dihanja, srčno odpoved in srčno popuščanje (Correia, 2003). Omenjeni zapleti nastanejo zaradi zmanjšane funkcionalne mišične zmogljivosti, okvarjene kontraktilne sposobnosti dihalnih mišic in izgubo srčne funkcije. Od 30 do 50 % pacientov je podhranjenih, toda ne glede na visoko pojavnost je zavedanje o prehranskem statusu še vedno pomanjkljivo. Zato si je potrebno prizadevati za izboljšanje ozaveščenosti zdravstvenega osebja, predvsem v smeri ocene in izboljšanja prehranskega statusa posameznega pacienta. (Pirlich idr., 2006).



## 4 Sklep

Z vedno večjim deležem hospitaliziranih starostnikov narašča potreba po celostni zdravstveni obravnavi, ki vključuje pacienta kot aktivnega člana v procesu zdravljenja. Z avtomatizacijo dela in rutinskimi postopki se izgublja empatija in posluš za potrebe posameznika. Celostna zdravstvena oskrba je koncept, ki vključuje pozitivno naravnost zdravstvenega osebja, usmerjeno delovanje v ohranjanje dostojanstva in skrb za dolgoročno korist pacienta.

Zgodnja vertikalizacija in ohranjanje mobilnosti je učinkovit način za preprečevanje zapletov povezanih z neaktivnostjo. Potrebno je vzdrževati gibalne sposobnosti pacienta od sprejema do odpusta, kar izvaja celoten zdravstveni tim. Številni strokovnjaki in raziskave nakazujejo potrebo po vključitvi zgodnje mobilizacije v protokole zdravstvene nege z namenom dokumentiranja, spremljanja in ohranjanja stopnje funkcionalne samostojnosti.

Kadrovske zmožnosti so omejene, vendar je pomembno, da vse razpoložljive vire izkoristimo v korist pacientov. Pogosto so obstoječe možnosti premalo izkoriščene ali pa se premalo zavedamo, da lahko brez velikega napora vsak zase in vsi skupaj največ naredimo za zdravstveno oskrbo, ki bo usmerjena ne le v zdravljenje primarne bolezni, temveč v ohranjanje pogojev za kakovostno in samostojno življenje ostarelih.

## LITERATURA

1. Blagojević, S. (2011). Vpliv preventivnih pristopov na pojavnost padcev pri starostnikih v gerontopsihiatrični obravnavi (Magistrsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
2. Correia, T. D. in Waitzberg, D. L. (2003). The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical Nutrition*, 22 (3), 235–239.
3. Hughes, R. G. (2008). Fall and injuri prevention. In *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (pp. 203–258). Rockville: AHRQ Publication.
4. Hughes, R. G. (2008). Reducing Functional Decline in Hospitalized Elderly. V *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (pp. 259–274). Rockville. AHRQ Publication.
5. Inouye, S. in Robinson, T. (2014). Prevention and treatment of post-operative delirium. Pridobljeno 26. 8. 2015, s <http://www.healthinaging.org/resources/resource:prevention-and-treatment-of-post-operative-delirium/>.
6. Kelly, A. in Dowling, M. (2004). Reducing the likelihood of falls in older people. *Nurs Stand*, 18 (49), 33–40.
7. Klemenc, D. (1995). Urinska inkontinenca. *Obzor Zdr N*, 29 (1/2), 27–45.
8. Kogoj, A. (2011). Duševne motnje in stiske v starosti. El. Knjiga. Celje: Visoka zdravstvena šola.
9. Mušič, E. (2008). Starostniki in pljučne bolezni. *Zdrav Vestn*, 77, 811–817.
10. Palmer, M. H., Baumgarten, M., Langenberg, P. and Carson, J. L. (2002). Risk factors for hospital-acquired incontinence in elderly female hip fracture patients. *Journal of gerontology: Medical sciences*, 57 (10), 672–677.
11. Pashikanti, L. in Von Ah, D. (2012). Impact of early mobilization protocol on the medical-surgical inpatient population: an integrated review of literature. *Clin Nurse Spec*, 26 (2), 87–94.

12. Pirlich, M., Schutz, T., Norman, K., Gastell, S., Lubke, H. J., Bischoff, S. C. idr. (2006). The German hospital malnutrition study. *Clinical nutrition*, 25 (4), 563–572.
13. Resnick, B. (2013). Hospital care and the elderly. Pridobljeno 4. 9. 2015, s <http://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics/provision-of-care-to-the-elderly/hospital-care-and-the-elderly>.
14. Schatz, C. (2011). The danger of hospital delirium in older people. Pridobljeno 26. 8. 2015, s <http://www.health.harvard.edu/blog/the-dangers-of-hospital-delirium-in-older-people-201111163810>.
15. Schweickert, W. D., Pohlman, M. C., Pohlman, A. S., Nigos, C., Pawlik, A. J., Esbrook, C. L. idr. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*, 373 (9678), 1874–1882.
16. Šmitek, J. (2004). Etika v praksi – izločanje in vstavljanje urinskih katetrov. *Obzor Zdr N*, 38 (4), 319–324.
17. Trobec, I., Ličen, S., Žvanut, B., Plazar, N. in Čemažar, M. (2010). Vpliv urinske inkontinence na kakovost življenja starostnikov v domu za starejše. *Obzor Zdr N*, 44 (2), 81–87.
18. Turk, Z., Jesenšek P. B. in Turk, E. (2008). Specifičnost rehabilitacije starostnikov. *Zdrav Vestn*, 77, 833–838.

# Uspešna komunikacija in vodenje v zdravstveni negi

UDK 616-083:658.3

**KLJUČNE BESEDE:** vodenje, menedžment, komunikacija, zdravstvena nega, medicinske sestre

*POVZETEK - Uspešno vodenje v zdravstveni negi je izjemno pomembno. Uspešnost organizacije se ne kaže samo v delu posamezne skupine, ampak tudi v medsebojnem sodelovanju med vsemi člani tima. Uspešnost narekuje tudi način komunikacije in kako se soočati z ovirami, ki se pojavljajo na poti k uspešnosti. Empirični rezultati ankete so pokazali velik razkorak med vodenimi in vodilnimi medicinskimi sestrami, saj večina vodenih ocenjuje, da vodilne medicinske sestre dajejo manj, kot so le-te prepričane. Vodene pa si želijo od vodij več posluha za njihove želje, več skupnega odločanja, predvsem pa pogostejšo komunikacijo med vsemi zaposlenimi. Predlagamo, da bi morali vlagati v človeške vire z izobraževanjem in se zavedati, da je to velika naložba za prihodnost organizacije. Treba pa bo sprejeti tudi delitev dela glede na hierarhično usmeritev zdravstvenih delavcev.*

UDC 616-083:658.3

**KEY WORDS:** managing, management, communication, nursing care, nurses

*ABSTRACT - Effective management in nursing care is very important. The efficiency of the organisation is not shown in the work of a separate group, but in the mutual cooperation with all team members on how to carry out the communication and how to confront the obstacles on the way to efficiency. Empirical results of the questionnaire showed a great discrepancy between the guided and leading nurses. The majority of the guided nurses estimated that the leading nurses give less support than they think. The guided nurses would like more attention for their demands, more collective decision-making and, nevertheless, more frequent communication with all employees. Our suggestion is to make investment in human resources by education, being aware that it will be of value for the whole organisation in the future. It is also necessary to accept the distribution of work according to the hierarchic directions of the nursing care professionals.*

## 1 Teoretična izhodišča

Strinjamo se, da živimo v času, ko spremembe niso nič novega in so stalnica v našem življenju (Filej, 2004, str. 5). Toda te spremembe so vsak dan hitrejšje in kompleksnejše kot kdajkoli prej. Tudi na področju zdravstvene nege se je treba zavedati, da je preteklost učiteljica prihodnosti, zato moramo svoje znanje in izkušnje uporabiti za prihodnje usmerjanje in razvoj zdravstvene nege.

Na osnovi zapisanega lahko sklepamo, da je uspešnost organizacij v vedno večji meri odvisna od njihove sposobnosti, kako se organizacije znajo prilagajati spremembam okolja. Pri snovanju uspešne organizacije je vsekakor ključnega pomena tudi dobra komunikacija, učinkoviti in uspešni modeli vodenja ter usmerjenost k menedžmentu znanja.

Brez komunikacije si medsebojnih odnosov med ljudmi skoraj ni mogoče zamisliti (Kavčič, 2002; Možina, idr., 2004a; Možina, idr., 2004b; Mumel, 2008; Neuliep, 2006). Vodstvo organizacije s pomočjo komunikacije izvaja funkcije: planiranja, organiziranja, vodenja in kontroliranja zaposlenih. Če komunikacija med vodjo in podrejenim ni jasna, tudi organizacija dela ne more biti uspešna.

Pri poslovanju je treba upoštevati vrednote organizacije in njenih udeležencev, ki so bile morda v preteklosti bolj zanemarjene. Vodenje je področje, ki je postalo ključnega pomena za konkurenčnost in za obstoj organizacije, zato ni vseeno, kdo danes opravlja vodilne funkcije. Vodja mora natančno razumeti samega sebe, posameznike v skupini in skupino, s katero deluje. Sodobno vodenje ocenjujemo po prisotnosti dejavnikov uspešnega vodenja pri delu vodje in doseženih ciljev (Skela-Savič, 2008, str. 11).

Namen raziskave je ugotoviti dejansko in pričakovano vlogo vodilnega in nevodilnega kadra pri organizaciji dela v zdravstveni negi ter odgovoriti na vprašanje, ali ima sama komunikacija, ki mora biti obojestranska, se pravi nadrejeni s podrejenimi in obratno, velik pomen.

Skozi raziskavo smo želeli odgovoriti na naslednja vprašanja:

- Ali je komunikacija pomembna za uspešno organizacijo dela v zdravstveni negi?
- Ali imajo člani tima vpliv na način vodenja v zdravstveni negi?
- Kakšno vlogo ima komunikacija v organizaciji dela v zdravstveni negi?
- Ali vrsta komunikacije vpliva na organizacijo dela v zdravstveni negi?
- Ali je komunikacija odvisna od modela vodenja?
- Kateri način vodenja na področju zdravstvene nege je najpogostejši?

## 2 Metodologije

Pri izdelavi naloge smo uporabili deskriptivno metodo s študijem literature. V praktičnem delu magistrske naloge smo kot instrument raziskovanja uporabili anketo. Ankete smo razdelili med srednje, višje in diplomirane medicinske sestre ter magistrice zdravstvene nege. Sestavljena je bila v obliki vprašalnika (uporabili smo Likertovo pet-stopenjsko lestvico in vprašanja zaprtega in odprtega tipa).

Vzorec so predstavljale naključno izbrane srednje, višje in diplomirane medicinske sestre ter magistrice zdravstvene nege.

Za obdelavo podatkov, pridobljenih z metodo anketnega vprašalnika smo za statistično obdelavo uporabili SPSS – Program za statistično obdelavo podatkov.

## 3 Rezultati

Anketa je bila objavljena na spletu, dostop do nje so imeli vpogled le anketiranci s prejetim vabilom, ki so ga prejeli na elektronski naslov.

Od 10 vodilnih medicinskih sester oddelkov, se je na anketo odzvalo le 6 (60 %) in od 88 vodenih medicinskih sester le 43 (49 %) medicinskih sester.

Vzorec vodenih predstavlja 43 anketirancev, večinoma starih 30 let ali več (84 %), z visokošolsko, oz. univerzitetno izobrazbo (73 %) in strokovnim nazivom diplomirana medicinska sestra (67 %) ali srednja medicinska sestra (24 %).

Vzorec vodilnih predstavlja 6 anketirancev, večinoma starih 40 let in več (83 %), z visokošolsko oz. univerzitetno izobrazbo (50 %) in strokovnim nazivom diplomirana medicinska sestra (50 %) ali višja medicinska sestra (33 %). Iz pridobljenih demografskih podatkov anketiranih smo ugotovili, da je 7 anketiranih vodenih medicinskih sester mlajših od 30 let, kar predstavlja 16 %, 18 je starih od 30 do 40 let (42 %). V skupini anketiranih starih nad 40 let pa je prav tako 18 vodenih medicinskih sester (42 %). V skupini anketiranih vodilnih medicinskih sester pa je 1 mlajša od 30 let (17 %), drugih 5 pa je starejših od 40 let (83 %).

*Hipoteza 1* s katero smo predvidevali, da je komunikacija najpomembnejša za uspešno organizacijo dela v zdravstveni negi, je zavrnjena.

Anketirane vodilne in vodene medicinske sestre so 4 različne dejavnike, ki vplivajo na uspešnost organizacije dela v zdravstveni negi, razvrstile od najbolj (1) do najmanj pomembnega (4).

Da na uspešno organizacijo dela v največji meri vpliva odnos med vodjo in zaposlenimi, je prepričanih 38 % anketiranih vodenih medicinskih sester, saj so ga na lestvici označile kot najpomembnejši dejavnik, vodilne medicinske sestre pa so označile kot najpomembnejši dejavnik osebnostne lastnosti vodje, kot pomemben dejavnik pa odnos med zaposlenimi.

Vrsta komunikacije, ki jo vodilna medicinska sestra uporablja, je za 35 % vodenih medicinskih sester pomemben dejavnik, za 18 % pa najpomembnejši dejavnik. Polovica vodilnih medicinskih sester ocenjuje vrsto komunikacije kot najmanj pomemben dejavnik.

Po ocenah anketiranih vodilnih medicinskih sester imajo največji vpliv na dobro organizacijo dela v zdravstveni negi osebnostne lastnosti vodje in odnosi med njimi in vodjo. Vrsto komunikacije pa so označile kot najmanj pomemben dejavnik. Nad ocenami vodilnih medicinskih sester smo presenečeni, saj mislimo, da je vrsta komunikacije zelo pomembna oziroma najpomembnejša. Če komunikacija ne poteka v obeh smereh, obstaja velika nevarnost, da nastanejo nesoglasja in nerazumevanjem med člani tima in vodjo, kar se kaže v odgovorih vodenih, ki so se odločili ravno obratno.

*Hipoteza 2*, s katero smo predvidevali, da člani tima nimajo vpliva na način vodenja v zdravstveni negi, je potrjena.

Anketirane vodene medicinske sestre so v celoti neodločene o ocenah vloge vodilne medicinske sestre v komunikaciji v njihovem timu. Nasprotno pa so anketirane vodilne medicinske sestre popolnoma prepričane, da v celoti opravljajo vse naštetе vloge. Opažamo velik razkorak med ocenami obeh anketiranih populacij percepciji in praksi dejanske vloge vodilne medicinske sestre v komunikaciji.

Razhajanja med željami anketiranih vodenih medicinskih sester in percepcijo anketiranih vodilnih o tem, kaj si želijo prve, so zelo majhna oz. jih ni.

Glede na dobljene empirične podatke si lahko dovolimo spekulativno sklepanje, da je problem v praksi, saj vodene medicinske sestre izražajo oceno, da vodilne medicinske sestre dajejo manj kot so le-te prepričane.

Anketirane vodene medicinske sestre so bile zelo neodločene v ocenah vloge vodilne medicinske sestre pri komunikaciji v njihovem timu, anketirane vodilne medicinske sestre pa so popolnoma prepričane, da v celoti opravljajo vse naštete vloge. Iz dobljenih empiričnih podatkov (pa tudi iz prakse) lahko sklepamo, da se kaže velik razkorak med ocenami anketiranih vodenih in vodilnih medicinskih sester dejanskih vlog vodilne medicinske sestre v komunikaciji. Analiza ocen obeh anketiranih populacij opozarja na razkorak med percepcijo vodilnih medicinskih sester in vodenih medicinskih sester. Anketirane vodene medicinske sestre si od vodilnih medicinskih sester želijo več posluha za njihove želje in potrebe ter več skupnega sprejemanja sprememb. Hkrati pa anketirane vodilne medicinske sestre ocenjujejo, da so v teh vlogah dobre, kar pa ocene anketiranih vodenih medicinskih sester zanikajo.

*Hipoteza 3*, s katero smo predvidevali, da dvosmerna komunikacija vpliva na organizacijo dela v zdravstveni negi je, potrjena.

Opažamo vpliv načina komunikacije na uspešnost organizacije celotnega dela. Tako 39 % anketiranih vodenih medicinskih sester komunikacijo ocenjuje kot enosmerno, od katerih vpliv na organizacijo dela 63 % ocenjuje kot negativen oz. 19 % kot zelo negativen; 61 % te anketirane populacije ocenjuje komunikacijo kot dvosmerno, vpliv na organizacijo dela pa večinoma ocenjujejo kot pozitiven (60 %) oz. zelo pozitiven (28 %).

Komunikacija je pomembna komponenta dela medicinske sestre in mora potekati v obe smeri, zato smo v tretji hipotezi predvidevali, da dvosmerna komunikacija vpliva na organizacijo dela v zdravstveni negi – tretja hipoteza – je potrjena.

Anketirane vodilne medicinske sestre so prepričane, da je komunikacija med njimi in vodenimi medicinskimi sestrami obojestranska – dvosmerna – in da ima pozitiven vpliv na delo v zdravstveni negi. Ocene anketiranih vodenih medicinskih sester pa nekoliko variirajo, saj 39 % vodenih komunikacijo označuje kot enosmerno in vpliv na organizacijo kot negativen, 61 % vodenih pa jo ocenjuje kot dvosmerno in njen vpliv na delo pozitiven. Iz odgovorov je razvidno, da so medicinske sestre prepričane, da je le dvosmerna komunikacija učinkovita in da le-ta lahko pozitivno vpliva na vse člane tima. Skrb vzbujajoče pa je, da kar 39 % vodenih ocenjuje komunikacijo kot enosmerno.

*Hipoteza 4*, s katero smo predvidevali, da imajo vodilni v zdravstveni negi avtokratski način vodenja, je zavrnjena.

Demokratski način vodenja je način, ki ga po ocenah 56 % anketiranih vodenih medicinskih sester dejansko uporablja in si ga tudi največ vodenih (63 %) želi.

Avtokratski način vodenja je način, ki ga po prepričanju anketiranih vodenih medicinskih sester dejansko uporablja 37 % vodilnih medicinskih sester, želi pa si ga le 7 % anketiranih vodenih. Po ocenah anketiranih vodilnih medicinskih sester avtokratskega načina vodenja ne uporabljajo oziroma ga sploh ne navaja, ker so prepričane, da si ga vodene medicinske sestre ne želijo.

Liberalni način vodenja je način, ki ga po prepričanju 16 % anketiranih vodenih medicinskih sester dejansko uporablja najmanj vodilnih, želi pa si ga 33 % anketiranih

vodenih medicinskih sester, čeprav so vodilni mnenja, da ga uporablja 17 % anketiranih, vodeni pa bi si ga želeli v 67 %.

Rezultati ankete so pokazali, da so vodilne medicinske sestre ocenile svoj način vodenja kot večinoma demokratičen in delno liberalen način. Preseneča pa podatek, da se je kar 37 % vodenih odločilo, da njihov vodja uporablja avtokratski način vodenja, nihče od vodij pa se ni odločil, da ta način vodenja dejansko uporablja, čeprav so odgovori na zastavljene trditve o načinih vodenja pokazali, da vodja uporablja večinoma demokratičen in delno tudi avtokratski način vodenja, tega pa se sploh ne zaveda.

## 4 Razprava

Vsak vodja si želi, da bi njegovo vodenje pripeljalo do zastavljenih ciljev, zato mora biti osnovano na zaupanju, odprti komunikaciji, medsebojnih odnosih in dobrem sodelovanju v timu, kar si verjetno želijo tudi naše anketirane vodilne medicinske sestre, čeprav po ocenah anketiranih vodenih medicinskih sester delujejo drugače. Organizacija dela je odvisna od številnih dejavnikov, ki vplivajo na uspešnost le-te. Eden od glavnih dejavnikov je gotovo komunikacija. Ko govorimo o komunikaciji, mislimo tudi na komunikacijo na delovnem mestu med sodelavci, ki je sestavni del poklicnega delovanja medicinske sestre. Za medicinsko sestro je komunikacija proces, s katerim osnuje odnos do sočloveka in to si vsi želimo. Želimo, da bi rezultati raziskave, služili kot usmeritev, tako k stroki zdravstvene nege, kot optimalni izgradnji sodelovanja, med srednjimi medicinskimi sestrami in vodilnimi medicinskimi sestrami v zdravstveni negi. S tem bi pripomogli k izboljššanju zatečenega stanja. Kljub dejstvu, da vse teorije govorijo o pomembnosti le teh, pa na področju slovenske zdravstvene nege, žal, delujemo mnogokrat drugače.

## LITERATURA

1. Filej, B. (2004). Sodobni trendi v zdravstveni negi. V R. Trampuž (ur.), *Kakovost zdravstvene nege-kako jo prenesti v prakso* (str. 5–11). Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
2. Kavčič, B. (2000). *Poslovno komuniciranje*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
3. Možina, S., Bernik, J. in Svetic, A. (2004a). *Osnove managementa*. Piran: Visoka šola za podjetništvo.
4. Možina, S., Tavčar, M., Zupan, N. in Kneževič, A. N. (2004b). *Poslovno komuniciranje: evropske razsežnosti*. Maribor: Obzorja.
5. Mumel, D. (2008). *Komuniciranje v poslovnem okolju*. Maribor: De Vista.
6. Neuliep, J. W. (2006). *Intercultural communication: a contextual approach*. London: Sage.
7. Skela-Savič, B. (2008). Ali vemo, kje smo in kaj potrebujemo na področju vodenja? V B. Skela-Savič in B. M. Kaučič (ur.), *Vodenje, motivacija in čustvena inteligenca vodje v zdravstvu* (str. 11). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

*Dr. Vlasta Ivana Zupanc Isoski, dr. Irena Sedej, Katja Rožman, mag. Dinah Vodanović, dr. Anita Resman Gašperšič*

# **Kvaliteta življenja slovenskih in hrvaških bolnikov z disfagijo po možganski kapi**

UDK 616.32-008.1:316.728

**KLJUČNE BESEDE:** disfagija, možganska kap, kvaliteta življenja

**POVZETEK** - Namen raziskave je oceniti kvaliteto življenja bolnikov z disfagijo po možganski kapi v Sloveniji in na Hrvaškem. Izvedli smo prvo pilotno študijo o povezavi med funkcionalno zmožnostjo hranjenja skozi usta v 24 urah po možganski kapi in parametri kvalitete življenja v post-akutnem obdobju in mednarodno primerjalno poročilo testirane ocene kvalitete življenja bolnikov z disfagijo po možganski kapi. V raziskavi je sodelovalo 12 slovenskih in 10 hrvaških bolnikov. Uporabili smo vprašalnik SWALL-QOL, ki smo ga prilagodili slovenskemu in hrvaškemu okolju. Za oceno zmožnosti hranjenja skozi usta je bila ob možganski kapi uporabljena lestvica FOIS. Pri pregledu rezultatov je razvidno, da je bil negativen vpliv disfagije na kvaliteto življenja izrazitejši pri hrvaških anketirancih. V obeh vključenih državah se je vprašalnik SWALL-QOL izkazal kot primerno orodje za oceno kvalitete življenja disfagičnih bolnikov po možganski kapi. Ob prilagoditvi izvirnega vprašalnika večji popravki niso bili potrebni. Glede na velike razlike v kvaliteti življenja anketiranih bolnikov se kaže potreba po sledljivosti še po odpustu.

UDC 616.32-008.1:316.728

**KEY WORDS:** dysphagia, ischemic stroke, quality of life

**ABSTRACT** - The objective of the present study is to assess the quality of life of patients with dysphagia after a stroke in Slovenia and Croatia. Until today, there are no studies describing the relationship between functional eating ability estimated in 24 hours after the stroke and quality of life in the post-acute setting. We prepared an international control test report on the quality of life of post-stroke patients with dysphagia. 12 Slovenian and 10 Croatian patients were participating in the study. The quality of life was measured using SWALL-QOL questionnaire and cross-cultural translation and adaptation to Slovenia and Croatia was carried out. The functional eating ability was estimated using FOIS scale. The results indicated that negative impact of dysphagia on the quality of life was greater in Croatian participants. In both participating countries the SWALL-QOL questionnaire was proved to be a suitable tool for assessing the quality of life in post-stroke patients with dysphagia. No mayor modifications were required to the original questionnaire. According to large differences in the quality of life of participants in this survey, there is a need for traceability after a discharge.

## **1 Uvod**

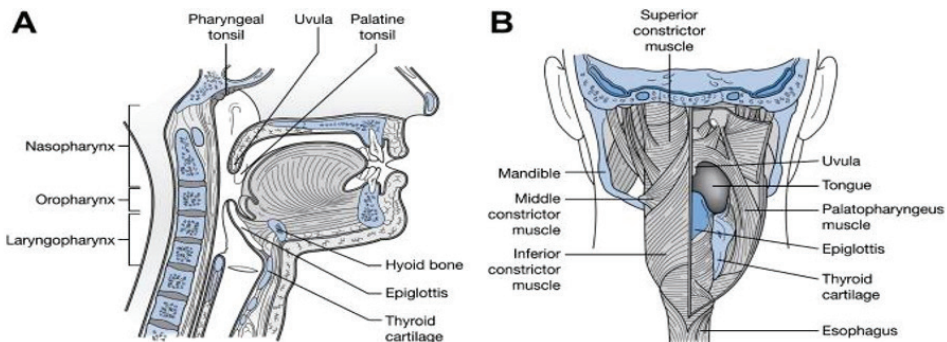
Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) definira zdravje kot stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne zgolj kot odsotnost bolezni ali oslabeledosti. Zdravje je osnovna človeška pravica in skrb zanj mora biti glavni interes družbe. V tem smislu to ni le interes posameznika, medicinskih strok ali institucij zdravstvenega varstva, marveč odgovornost celotne družbene skupnosti. V medicini se je termin kvaliteta življenja razvil kot posledica želje po celostni obravnavi bolnika, zlasti njegovega splošnega počutja v povezavi z boleznijo in zdravljenjem. WHO definira termin kvaliteta življenja kot posameznikovo dožemanje svojega stanja na fizični, socialni in psihični ravni v odnosu z njegovimi cilji, pričakovanji, normami in skrbmi (Woisard in Sorders, 2014).



Težave s požiranjem imajo velik vpliv na kvaliteto življenja, saj prehranjevanje in pitje spadata med osnovne človeške potrebe. Kot specifično orodje za oceno vpliva disfagije na kvaliteto življenja bolnikov je SWALL-QOL leta 2000 razvil McHorney s sodelavci. Do danes se je izkazal za zlati standard raziskav na področju orofaringealne disfagije (2). Da bi zagotovili kvalitetno obravnavo disfagičnih bolnikov v Sloveniji in na Hrvaškem smo se odločili za prevod, prilagoditev in testno izvedbo vprašalnika na ciljni populaciji bolnikov v omenjenih okoljih.

Disfagija je posledica mnogih bolezenskih stanj, najpogostejši vzrok so okvare centralnega živčnega sistema (možganska kap, Parkinsonova bolezen, travmatične poškodbe glave ali hrbtenjače, rak glave, vratu in požiralnika, možganski tumorji, miastenija gravis, ALS, splošna oslabelost po boleznih itd ...) (Matsuo, Palmer, 2008; Moses, Nava, Banks, Petersen, 2005). Disfagija je zapleteno stanje, ki izhaja iz številnih obolenj in ima velik vpliv na bolnika. Požiranje je zavestna, refleksna dejavnost za prenos hrane iz ust v želodec in predstavlja sestavljeno senzomotorno obnašanje, ki vključuje koordinirano kontrakcijo in inhibicijo mišic, nameščenih okoli ust in na obeh straneh jezika, larinksa, farinksa in ezufagusa. V času požiranja so vključene različne ravni centralnega živčnega sistema, od možganske skorje do podaljšane možganovine in številnih vzdolžno progastih mišic, ki aktivirajo kranialne živce, se postopoma gibljejo ali inhibirajo, da bi se opravi prenos grizljaja od ust do želodca. Pri požiranju sodelujejo mišice žvekalke, mišice ustnic, lic, ustnega dna, jezika, žrela, grla, požiralnika, posredno pa tudi notranje in zunanje mišice grla. Senzibilno oživčenje poteka po možganskih živcih V, VII, IX, in X ter prenaša informacije iz receptorjev, ki zaznavajo dotik, pritisk, okus, temperature, konsistenco, obliko grizljaja. Motorično oživčenje poteka po živcih V, VII, IX, X, pa tudi po XII živcu in živcih cervikalnega plečeža (slika 1) (Moses, Nava, Banks, Petersen, 2005).

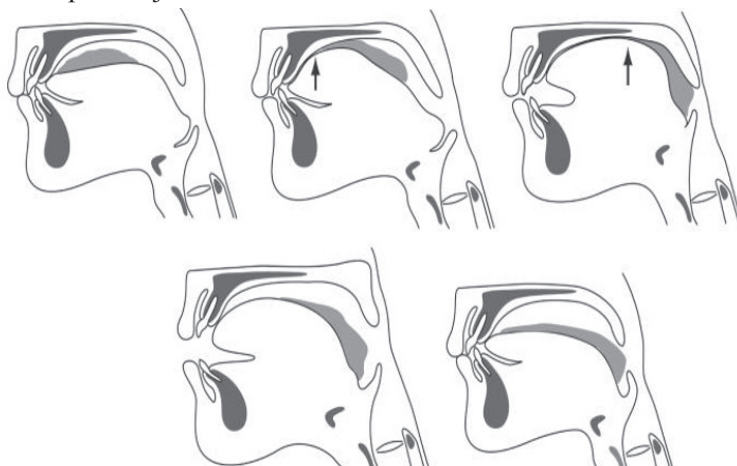
*Slika 1: Anatomija ustne votline in požiralnika s strani (A) ter od zadaj (B)*



*Vir:* Zupanc Isoski, V. (2012). Težave pri požiranju. *Sladkorna*, 96, str. 20–23.

Pri požiranju potuje grizljaj hrane ali požirek tekočine od ust do želodca v več fazah: pripravljalna oralna, transportna oralna, faringealna in ezofagealna (slika 2) (Wirth, Smoliner, Jager, Warnecke, Leischker and Dziewas, 2013).

Slika 2: Potek požiranja



Vir: Zupanc Isoski, V. (2012). Težave pri požiranju. Sladkorna, 96, str. 20–23.

Disfagija, težave s požiranjem, je pogost in potencialno resen zaplet možganske kapi. Poročila o incidenci so neenotna zaradi razlik v definiciji, časovni opredelitvi in uporabljenih metodah. Disfagija se v akutnem obdobju razvije pri 64-90 % bolnikov po možganski kapi, aspiracija je potrjena v 22-42 % primerov. Težave s požiranjem se razlikujejo glede na del možganov, ki je bil prizadet ob možganski kapi (Matsuo and Palmer, 2008). Disfagija je povezana s povečano stopnjo obolevnosti in smrtnosti ter z zmanjšano kvaliteto življenja zaradi povečanega tveganja aspiracije, vnetja prsnega koša, pljučnice, zadušitve, dehidracije in podhranjenosti (Sura, Madhavan, Carnaby, Cray, 2012). Večina bolnikov ponovno osvoji funkcionalno sposobnost požiranja v nekaj tednih, v povprečju pa ostaja v kroničnem obdobju prisotna pri 5 % bolnikov (Matsuo and Palmer, 2008; Robinson, 2011).

Ob sprejemu v bolnišnico je podhranjenih 19-49 % bolnikov po možganski kapi. Kljub temu, da je podhranjenost posledica več dejavnikov, se prehranski status bolnika po možganski kapi slabša ob prisotnosti disfagije (Matsuo and Palmer, 2008). Podhranjenost ob disfagiji je posledica zmanjšane ali spremenjenega vnosa hrane in tekočine, zato je glavni ukrep uvedba hrane in tekočine s spremenjeno konzistenco. Namen disfagične diete je zagotoviti zadosten in varen vnos hrane in tekočine ter posledično ohraniti prehranski status in preprečiti podhranjenost bolnikov (Robinson, 2011). Znotraj disfagične diete se priporoča mehka, sočna hrana zaradi tveganja zadušitve in oteženega žvečenja. Zgoščene tekočine lahko zmanjšajo tveganje za kašljanje in aspiracijo (Woisard and Sorders, 2014). Prehranska terapija obsega pet različnih stopenj hrane, ki se razlikuje v teksturi in gostoti: od hrane v obliki žele pirejev (stopnja B), preko pirejev (stopnja C) in mehke hrane (stopnja D) do navadne redne hrane (stopnja E). Za vsakega bolnika se priporoča stopnja, ki je v tistem trenutku najprimernejša glede na njegovo oceno zmožnosti požiranja. Nekaterim bolnikom z disfagijo lahko pitje redkih tekočin predstavlja težavo. Za varno požiranje tekočin se predlaga zgoščevanje tekočin, glede na naslednje stopnje: gostota vode, sirupa, kreme ali pudinga.

Priporočila o teksturi hrane in tekočine poda specialist za motnje hranjenja (logoped) ali drug ustrezno usposobljen zdravstveni delavec (Wirth, Smoliner, Jager, Warnecke, Leischker, Dziewas, 2013; Sedej, Rožman, Zupanc Isoski, 2015).

Dolgotrajna prizadetost po možganski kapi se odraža v zmanjšani stopnji funkcioniranja in poslabšanju kvalitete življenja (SIGN, 2010). Zapleti disfagije vplivajo tudi na kvaliteto življenja bolnikov in njihovih skrbnikov (Robinson, 2011). Ob uvedbi dolgotrajno prilagojene diete se pojavijo težave predvsem zaradi nesodelovanja bolnikov, saj je hrana zanje pogosto neokusna, »dojenčkasta« in neprijetna. Raziskave so pokazale, da veliko bolnikov občuti nelagodje ob hranjenju zaradi prisotnosti motenj požiranja, strahu pred zadušitvijo in tveganja za aspiracijo. Večina bolnikov se zato raje prehranjuje na samem, kar posledično vodi v socialno izolacijo (Woisard in Sorders, 2014). Število posameznikov, ki so preživeli možgansko kap se povečuje, kar vodi do premika v dojemanju obravnave bolnikov, saj je vodilo »dodajanje let življenju« prešlo na »dodajanje življenja letom«. Zato je eden izmed ciljev rehabilitacije bolnikov po možganski kapi izboljšanje, z zdravjem povezane kvalitete življenja (SIGN, 2010). Za izboljšanje kvalitete življenja in simptomov izražene disfagije je ključna celostna ocena potreb bolnika. Poudarek je na interdisciplinarnem pristopu, ki vključuje rehabilitacijo, govorno terapijo, prehransko svetovanje, fizioterapijo in nego (Woisard in Sorders, 2014).

## 2 Metodologija

Pripravili smo mednarodno-primerjalno poročilo testne izvedbe ocene kvalitete življenja bolnikov z disfagijo po možganski kapi. Vključitveni kriteriji so zajemali: primarna diagnoza v bolnišnici je možganska kap, sekundarna diagnoza ob odpustu je disfagija, vključeni bolniki so od štiri mesece do enega leta po odpustu iz bolnišnice. Med izključitvene kriterije smo uvrstili senzomotorno afazijo, nerazumevanje in nepogovornost.

Uporabljena je bila študija primera v kombinaciji z metodo anketiranja. Raziskava je zajemala naslednje korake: izbor anketnega vprašalnika in njegova prilagoditev ter prevod, testiranje anketnega vprašalnika, anketiranje, statistična obdelava podatkov in predstavitev rezultatov. Osnovne podatke, pridobljene z anketiranjem, smo vnesli v programsko orodje Microsoft Office Excel 2013 in statistično obdelali v programu SPSS (različica IBM SPSS Statistics 22).

Ocena kvalitete življenja se lahko izvede s pomočjo splošnih ali specifičnih meritev. Splošni instrumenti so oblikovani za oceno kvalitete življenja splošne populacije, medtem ko so bolezensko-specifični instrumenti oblikovani za oceno kvalitete življenja specifične skupine, kot so v našem primeru posamezniki z disfagijo po možganski kapi (SIGN, 2010). Uporabili smo specifično metodo, vprašalnik SWALL-QOL, ki smo ga prilagodili slovenskemu in hrvaškemu okolju. Vprašalnik sestoji iz enajst specifičnih podsklopov, ki zajamejo deset parametrov povezanih s kvaliteto življenja in lestvico pogostosti izražanja simptomatike. Parametri kvalitete življenja zajamejo

breme težav s požiranjem, čas hranjenja, želja po hrani, izbor hrane, strah pred aspiracijo, spanje, govor, psihično stanje, slabost in socialnost. Vprašanja so oblikovana z lestvico pogostosti ali lestvico ocenjevanja. Bolniki so svoje stališče podali v obliki pet-stopenjske Likertove lestvice. Nižje vrednosti (vrednosti bližje 1) prikazujejo nizko kvaliteto življenja bolnikov, medtem ko višje vrednosti (vrednosti bližje 5) izražajo najbolj ugodno stanje. Za izpolnjevanje vprašalnika so anketiranci potrebovali približno 20-30 min časa.

Breme težav s požiranjem je bilo ocenjeno z dvema vprašanjema, ali je soočanje z disfagijo zelo izraženo in/ali predstavlja moteč dejavnik v bolnikovem življenju. V nadaljevanju je bil čas hranjenja ocenjen z dvema vprašanjema, ali zaradi prisotnosti disfagije obrok uživajo dalj časa. Želja po hrani je bila opredeljena s tremi vprašanji, ki so bolnike spraševala če jim je mar do hrane, če uživajo v njej in če je občutek lakote prisoten. Štirinajst vprašanj je oblikovalo sklop pogostosti izraženih simptomov, kot so kašljanje, zaletavanje, nabiranje odvečne slin, slinjenje, težave z žvečenjem ali požiranjem. Dve vprašanji glede izbora hrane sta določali, če je bolnikom lahko izbrati hrano, ki jo lahko jedo in če uživajo v naboru hrane, ki jim je dovoljena. Govor je bil ocenjen s pomočjo dveh vprašanj, ali imajo bolniki občutek, da jih sogovorniki razumejo in ali je prisoten občutek, da je njihov govor razločen. Sledijo štiri vprašanja znotraj sklopa o strahu bolnikov pred zadušitvijo in aspiracijsko pljučnico zaradi težav s požiranjem. Psihično stanje je s petimi vprašanji opredeljevalo občutek depresije, frustracije ali odsotnost moči zaradi disfagije. Tri vprašanja so ocenjevala slabotnost, ali se bolniki počutijo šibki, izčrpani in ali so ves čas utrujeni. Kvaliteta spanca je bila opredeljena s trudim, ki je potreben, da zaspijo ali da spijo dlje časa.

Sledil je sklop socialno demografskih determinant (spol, starost, narodna pripadnost, stopnja izobrazbe, zakonski stan, pomoč pri izpolnjevanju vprašalnika), pri katerem smo dodatno vprašali o socialno-ekonomskem statusu ter v Sloveniji vključili še vprašanje o trenutnem bivališču bolnika (domače okolje, domska oskrba, varovana stanovanja, rehabilitacijski center in zdravilišče). Lestvico ekonomskega statusa smo oblikovali glede na plačni sistem v Sloveniji ter jo v istem obsegu prenesli v hrvaško okolje. Vprašanje o narodni pripadnosti je bilo iz hrvaškega vprašalnika izključeno zaradi etičnih razlogov. Omenjena parametra smo vključili, ker je bilo pomanjkanje le teh izpostavljeno ob pregledu literature (Woisard, Sorders, 2014). Za funkcionalno oceno prehranskega vnosa skozi usta je bil ob dogodku možganske kapi uporabljena FOIS lestvica, pri katerem se bolnike razvrsti v stopnjo 1-3 (odvisnost od sonde) in 4-7 (celotni oralni vnos). FOIS je zanesljivo in veljavno orodje za oceno sprememb funkcionalnih zmožnosti oralnega vnosa bolnikov po možganski kapi (Robinson, 2011).

### 3 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 12 slovenskih (6 moških in 6 žensk) in 10 hrvaških bolnikov (7 moških in 3 ženske). Povprečna starost anketiranih bolnikov v Sloveniji je znašala 62 let, na Hrvaškem 68 let. V slovenskem vzorcu je odgovarjalo 6 žensk (50 %) in 6

moških (50 %), v hrvaškem vzorcu pa 3 ženske (30 %) in 7 moških (70 %). Povprečen odmik od dogodka možganske kapi je znašal 8,2 mesecev v Sloveniji in 8,6 mesecev na Hrvaškem. V celoti se je skozi usta prehranjevalo 92 % slovenskih in 60 % hrvaških anketirancev.

*Tabela 1: Osnovne značilnosti anketirancev*

	Slovenija		Hrvaška	
	Pogostost pojavljanja	Delež (%)	Pogostost pojavljanja	Delež (%)
Starost	62	100	68	100
Spol				
Moški	6	50	7	70
Ženski	6	50	3	30
Čas od dogodka možganske kapi	8,3	100	8,6	100
Skupaj	12	100	10	100

Splošne značilnosti slovenskih anketirancev: 42 % ima ekonomski status v meji dvakratnika povprečne mesečne plače; 34 % ima visokošolsko ali univerzitetno stopnjo izobrazbe; 67 % je poročenih, ostali so ovdoveli ali ločeni; 67 % bolnikov je potrebovalo pomoč druge osebe pri izpolnjevanju danega vprašalnika. 92 % slovenskih anketirancev je v času izpolnjevanja ankete bivalo v domačem okolju. Splošne značilnosti hrvaških anketirancev: 50 % ima ekonomski status v mejah praga revščine in povprečja mesečne plače; 30 % ima srednjo-poklicno stopnjo izobrazbe (3-letna); 70 % je poročenih, ostali so ovdoveli; vsi anketiranci so potrebovali pomoč druge osebe pri izpolnjevanju danega vprašalnika, od tega 90 % v obliki branja vprašanj in/ali beleženja podanih odgovorov. Deleži bolnikov znotraj posamezne stopnje disfagične diete glede na spremenjeno teksturo hrane in tekočine so prikazani v preglednicah 2 in 3.

*Tabela 2: Tekstura hrane (5,10)*

	Slovenija		Hrvaška	
	Pogostost pojavljanja	Delež (%)	Pogostost pojavljanja	Delež (%)
Običajna hrana	4	33,3	0	0
Stopnja D-mehko	4	33,3	4	40
Stopnja C-pire	3	25,0	2	20
Stopnja B (občasno) in hranilna sonda	0	0	2	20
Hranilna sonda	1	8,3	2	20
Skupaj	12	100	10	100

*Vir:* Zupanc Isoski, VI. (2012). Težave pri požiranju. *Sladkorna*, 96, 20-23; Sedej, I., Rožman, K., Zupanc Isoski, VI. (2015). Dietary management of dysphagia. 10th EANN quadrennial congress of the European Association of Neuroscience Nurses, Beograd.

Tabela 3: Tekstura tekočine (5,10)

	Slovenija		Hrvaška	
	Pogostost pojavljanja	Delež (%)	Pogostost pojavljanja	Delež (%)
Gostota vode	5	41,7	3	30
Gostota sirupa	3	25,0	1	10
Gostota kreme	2	16,7	2	20
Gostota pudinga	1	8,3	1	10
Nič do ust	1	8,3	3	30
Skupaj	12	100	10	100

Vir: Zupanc Isoski, VI. (2012). Težave pri požiranju. *Sladkorna*, 96, 20-23; Sedej, I., Rožman, K., Zupanc Isoski, VI. (2015). Dietary management of dysphagia. 10th EANN quadrennial congress of the European Association of Neuroscience Nurses, Beograd.

V obeh sodelujočih državah sta se podsklopa Čas hranjenja in Slabotnost (utrujenost, izčrpanost) izkazala kot za posameznike najbolj obremenilna dejavnika, zato jima lahko pripišemo velik vpliv na nižjo kvaliteto življenja. Najmanj prizadeta parametra v Sloveniji sta Strah pred aspiracijo in Govor. Strah pred aspiracijo izstopa tudi na Hrvaškem (preglednica 4). Pogostost izražanja simptomatike je bila v Sloveniji ocenjena z vrednostjo 3,6, na Hrvaškem pa s 2,6. Slovenski anketiranci so kot najpogosteje izražen simptom označili Kašljanje ( $m=3,3$ ), hrvaški pa Pogosto odkašljevanje med jedjo ( $m=1,9$ ).

Tabela 4: Vpliv posameznih parametrov kvalitete življenja

Parametri kvalitete življenja:	Slovenija	Hrvaška
Breme disfagije	2,8	2,2
Izbor hrane	3,1	2,4
Čas hranjenja	2,7	1,7
Želja po hrani	2,9	2,5
Strah pred aspiracijo	3,3	2,7
Spanje	3,2	2,2
Slabotnost	2,8	1,9
Govor	3,3	2,4
Psihično stanje	3,1	2,6
Socialnost	3	2

Glede na FOIS lestvico smo bolnike razvrstili v dve skupini. Prva skupina zajema bolnike s FOIS stopnjo 1-3 (odvisnost od sonde) in druga skupina s FOIS stopnjo 4-7 (celotni oralni vnos). V prvo skupino se je uvrstilo 58 % ( $n=7$ ) slovenskih in 40 % ( $n=4$ ) hrvaških anketiranih bolnikov. Izpostavljena podsklopa smo primerjali z oceno FOIS lestvice ob dogodku možganske kapi. Podatki nakazujejo, da posamezniki zoceno FOIS od 4 do 7 (celotni oralni vnos) občutijo manjše breme izpostavljenih parametrov oz. imajo boljšo kvaliteto življenja. Za oba vzorca smo izračunali Pearsonov korelacijski koeficient med izbranimi spremenljivkama vendar korelacije niso bile statistično značilne.

Tabela 5: Ocena po FOIS lestvici

	Ocena FIOS lestvice:			
	1-3		4-7	
Parametri:	Slovenija	Hrvaška	Slovenija	Hrvaška
Čas hranjenja	2,3	1,3	3,1	2
Slabotnost	2,8	1,4	3	2,3

Prav tako smo za oba vzorca izračunali Pearsonov korelacijski koeficient med spremenljivkama Stopnja zaužitja hrane in Ocena FOIS lestvice. Na slovenskem vzorcu omenjena korelacija ni bila statistično značilna ( $p = 0,175$ ), medtem ko je na hrvaškem vzorcu bila statistično značilna ( $p = 0,000$ ), z vrednostjo korelacijskega koeficienta  $-0,910$ , kar nakazuje visoko negativno linearno povezanost med spremenljivkama.

Na hrvaškem vzorcu je bila statistično značilna ( $p = 0,001$ ) tudi korelacija med spremenljivkama Stopnja zaužite tekočine in Ocena FOIS lestvice, z vrednostjo korelacijskega koeficienta  $-0,886$ , kar ponovno nakazuje visoko negativno linearno povezanost med spremenljivkama. Na slovenskem vzorcu omenjena korelacija ni bila statistično značilna ( $p = 0,734$ ).

Ob pregledu rezultatov je razvidno, da je negativen vpliv disfagije na kvaliteto življenja izrazitejši pri hrvaških anketirancih. To ugotovitev potrjujejo tudi odgovori o samooceni zdravja, kjer je 40 % hrvaških anketirancev svoje zdravje ocenilo kot slabo, 42 % slovenskih anketirancev pa kot sprejemljivo. 40 % hrvaških anketirancev navaja, da jih nenehna pazljivost pri hranjenju moti medtem, ko se pri 42 % slovenskih anketirancih to ne izrazi skoraj nikoli. Pri podsklopu psihično stanje je 60 % hrvaških bolnikov odgovorilo, da jih disfagija ovira pri ohranjanju stikov z družinskimi člani, prehranjevanju v restavracijah in izvajanju vsakodnevnih opravil. Nasprotno so pri tem podsklopu odgovarjali slovenski anketiranci, katere v 40 % disfagija pri zgoraj omenjenih aktivnostih ne ovira, razen 50 % jih navaja, da so se njihovi odnosi z družino in prijatelji spremenili, omejili zaradi disfagije.

## 4 Razprava

V obeh vključenih državah se je SWALL-QOL vprašalnik izkazal kot primerno orodje za oceno kvalitete življenja disfagičnih bolnikov po možganski kapi. Ob prilagoditvi izvornega vprašalnika večji popravki niso bili potrebni. Dodali smo vprašanje o ekonomskem statusu ter o trenutnem bivališču bolnika. Prevod SWALL-QOL orodja za ocenjevanje kvalitete življenja disfagičnih bolnikov po možganski kapi je bil potrjen s strani Slovenskega združenja za disfagijo. Z enako metodo dela je bil prenesen v hrvaško okolje.

Velja izpostaviti dejstvo, da je povprečna starost bolnikov, ki so sodelovali v raziskavi znašala 65 let. Bolniki te starostne skupine imajo višjo stopnjo pridruženih bolezenskih stanj, ki jih uporabljeno anketno orodje ne upošteva. Omejitev pri kvalitetnej-

šemu prikazu trenutnega stanja na področju kvalitete življenja disfagičnih bolnikov po možganski kapi predstavlja razmeroma majhno število obeh zajetih vzorcev. Zato predstavljeno mednarodno-primerjalno poročilo služi kot testna izvedba ocene kvalitete življenja bolnikov z disfagijo po možganski kapi. Odkrite so bile pomanjkljivosti in izpostavljene možne izboljšave pri uporabi izbranega orodja v določenem okolju.

Disfagija in aspiracija ostajata velik problem bolnikov po možganski kapi, tudi po odpustu v domače okolje. Strah pred aspiracijo je bil med hrvaškimi bolniki prisoten pogosto oz. včasih ( $m = 2,7$ ). Ti podatki nakazujejo, kako pomembna je edukacija bolnikov ali/in njihovih skrbnikov o načinih preprečevanja aspiracije. V nasprotnem primeru se to odraža v nesodelovanju in negativnih izidih zdravstvenega stanja bolnika.

Glede na velike razlike v kvaliteti življenja anketiranih bolnikov se kaže potreba po sledljivosti v določenih intervalih po odpustu, zlasti kadar je bolnik odpuščen v domače okolje. Načrtovanje nadaljnje rehabilitacije in sledljivosti bolnika zahteva interdisciplinaren pristop, ki vključuje rehabilitacijo, govorno terapijo, prehransko svetovanje, fizioterapijo in nego. S tovrstnim pristopom se bolniku zagotovi oziroma izboljša kvaliteta življenja in simptomi izražene disfagije. Disfagija je pogost zaplet različnih bolezenskih stanj, vendar kljub temu predstavlja oskrba tovrstnih bolnikov izziv za zdravstveno osebje na vseh ravneh zdravstvene oskrbe. Presejalni testi za oceno kvalitete življenja bolnikov, kot je SWAL-QOL vprašalnik, bi morali biti del celostnega pristopa pri oskrbi disfagičnega bolnika.

## LITERATURA

1. Matsuo, K. in Palmer, J. B. (2008). Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing: Normal and Abnormal. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 19 (4), 691–707.
2. Moses, K. P., Nava, P. B., Banks, J. C. in Petersen, D. K. (2005). *Atlas of Clinical Gross Anatomy*. London: Elsevier.
3. Robinson, B. (2011). Post-stroke patients with dysphagia: Quality of life in post stroke patients with dysphagia (Diplomska naloga). The Ohio State University College of Nursing: Nursing with Distinction.
4. Sedej, I., Rožman, K. and Zupanc Isoski, V. I. (2015). Dietary management of dysphagia. 10th EANN quadrennial congress of the European Association of Neuroscience Nurses, Beograd.
5. SIGN. (2010). Management of patients with stroke: Identification and management of dysphagia. A national clinical guideline. Edinburgh.
6. Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G. in Crary, M. A. (2012). Dysphagia in the elderly. Management and nutritional considerations. *Clinical Interventions in Aging*, 7, 287–298.
7. Wirth, R., Smoliner, C., Jager, M., Warnecke, T., Leischker, A. H. in Dziewas, R. (2013). Guideline clinical nutrition in patients with stroke. *Experimental and Translational Stroke Medicine*, 5 (14), 1–11.
8. Woisard, V. in Sorders, F. (2014). Health related quality of life and oropharyngeal dysphagia. *Journal of Gastroenterology*, 3 (10), 1292–1300.
9. Zupanc Isoski, V. I. (2012). Težave pri požiranju. *Sladkorna*, 96, 20–23.



# Pitje čaja kot dopolnilno zdravljenje: etične dileme

UDK 615.89+614.2

**KLJUČNE BESEDE:** integrativna medicina, holistična obravnava, pacienti, starejši, čaj, etika skrbi

**POVZETEK** - Opisana je situacija uporabe dopolnilne in alternativne terapije za namene (samo) zdravljenja. Zbrane so ugotovitve in dileme o etični odgovornosti zdravstvenih delavcev s perspektive značilnosti integrativne medicine in varnosti uporabe dopolnilnega zdravljenja pri starejših. Kot dopolnilno zdravljenje je aktualno tudi pitje čajev iz lokalno rastočih zdravilnih rastlin. Namen je bil preveriti, kako je s pitjem čaja za namene zdravljenja v Sloveniji. V pilotski študiji je bila uporabljena kvantitativna metoda dela. Anketiranje je po priložnostnem vzorčenju potekalo od aprila do junija 2015. V raziskavo se je prostovoljno vključilo 508 oseb. Izražena je prisotnost navade pitja čaja za preprečevanje poslabšanja zdravja, izboljšanje počutja in za namene zdravljenja. V primeru zdravstvenih težav najprej poskusimo z dopolnilnim zdravljenjem, šele nato obiščemo zdravnika. Pitje čaja za namene zdravljenja je pogost pojav, s katerim se morajo odkrito soočiti vsi zdravstveni delavci. Nujno je povečanje znanstveno preverjenega znanja izvajalcev zdravstvene nege in ostalih zdravstvenih delavcev o kulturi pitja čaja za namene zdravljenja ter o možnih nevarnostih pri tem.

UDC 615.89+614.2

**KEY WORDS:** integrative medicine, holistic treatment of the patient, elderly, tea, ethics of care

**ABSTRACT** - The article describes the situation of the use of complementary and alternative therapies for the purposes of (self-)treatment. We have gathered the findings and dilemmas about the ethical responsibility of healthcare workers from the perspective of the characteristics of integrative medicine and safety of use of supplementary therapy in elderly people. Drinking tea made from locally growing medicinal plants has recently become popular as a complementary treatment. The intention was to check how common is drinking tea for the purposes of medical treatment in Slovenia. The quantitative research method has been used in the pilot study. A random sampling survey was conducted from April to June 2015, with 508 voluntary respondents. There was an emphasis on the habit of drinking tea for preventive purposes, to improve the well-being, as well as for the purposes of medical treatment. In the case of health problems, respondents primarily try a complementary therapy, and after that they visit a doctor. Drinking tea for the purposes of medical treatment is a common phenomenon, which must be openly approached by all healthcare providers. It is essential to increase the scientifically-proved knowledge of healthcare providers on drinking tea for the purposes of treatment, as well as on the possible disadvantages.

## 1 Teoretična izhodišča

Glavno vodilo integrativne medicine je celostno zdravljenje oseb, ne le bolezni. V ta namen integrativna medicina uporablja tako tradicionalne kot netradicionalne zdravstvene storitve, vse z namenom uspešnega zdravljenja »duha in telesa«, v skladu s Kreitzerjevim modelom dobrega počutja (Kreitzer in Koithan, 2014). Statistični podatki kažejo, da se v zahodni Evropi in tudi v Ameriki približno 40 % ljudi poslužuje različnih oblik dopolnilnega ali alternativnega zdravljenja. V analizah po svetu ugotavljajo, da se približno 1,5 milijarde ljudi zdravi s pomočjo t. i. ortodoksne ali šolske medicine, ki jo poučujejo na medicinskih šolah in je v zahodnem svetu priznana tudi v večini političnih sistemov. Na drugi strani pa obstajajo metode t. i. vzhodnjaške

medicine, s katero se zdravi približno 3 do 4 milijarde ljudi (Ernst in White, 2000). V zadnjih desetletjih so se različne dopolnilne in znane alternativne terapije preselile med glavne teme na področju zdravstvenega varstva in se dotikajo tudi področja zdravstvene nege. Ugotovitve raziskav kažejo, da po dopolnilnem / alternativnem zdravljenju posegajo pacienti, ki so bili večkrat razočarani nad zdravstvenim sistemom in zdravljenjem na v državi tradicionalen način (Silva in Ludwick, 2001). Ameriško združenje za holistično zdravstveno nego (American Holistic Nursing Association-OJIN, 2001) je pripravilo kodeks holistične zdravstvene nege, kjer je navedeno, da medicinska sestra lahko pri obravnavi pacienta sproži vprašanja povezana z dopolnilnim / alternativnim zdravljenjem in kdo je izvajalec take terapije. Izpostavljena je bila tudi potreba po navodilih, kako medicinska sestra holistično obravnava pacienta, ki se poslužuje (ne)varnega dopolnilnega ali alternativnega zdravljenja.

### 1.1 Dopolnilno in alternativno zdravljenje

Dopolnilno / komplementarno zdravljenje se uporablja vzporedno ali integrirano s konvencionalnim zdravljenjem, medtem ko se alternativne terapije uporabljajo namesto konvencionalnega zdravljenja. Gre za številne diagnostične in terapevtske metode, katerega namen je dopolniti zdravljenje ali preprečevati bolezni. Ugotovljeno je, da izvajalci takega načina obravnave pacienta nimajo potrebnega medicinskega usposabljanja in običajno niso zdravniki. Delujejo na podlagi svojih pravil licenciranja, ki je pogosto ločeno od licenciranja v sistemu zdravstvenega varstva. Temu področju je praviloma namenjeno manj sredstev za raziskovanje, holistični pristop v obravnavi pacienta pa je manj opredmeten in merljiv (National Center of Complementary and Alternative medicine, bd). V tabeli 1 so predstavljene komponente in primeri dopolnilnega zdravljenja za holistično obravnavo.

Tabela 1: Komponente dopolnilnega zdravljenja za holistično obravnavo

Komponenta	Primeri
biokemična	prehranska dopolnila, vitamini, minerali, pripravki iz zdravilnih rastlin.
življenjski slog	prehrana, telesne aktivnosti (vse vrste telesih vadb), okoljske terapije (toplota, led, glasba, vibracije in svetloba), um-telo terapije (upravljanje obnašanja, meditacija, hipnoza, biofeedback, svetovanje).
biomehanska	masaža ter delo na telesu, kiropraktika in osteopatski popravki, kirurški poseg.
bioenergetska	akupunktura, obsevanja, magneti, reiki, zdravilni dotik, qi gong, terapevtski dotik, molitev, homeopatija.

Vir: Kemper idr., 2008.

### 1.2 Uporaba pripravkov iz zdravilnih rastlin za namene zdravljenja

Tradicionalna zdravila rastlinskega izvora so naravne snovi iz rastlin, pridobljena z minimalno ali brez industrijske predelave, uporabljajo pa se za zdravljenje bolezni v lokalnih ali regionalnih praksah zdravljenja (Tibult in Kaptchuk, 2008). Zdravilne rastline so se uporabljale za zdravljenje v vsaki kulturi. Prvi dokumentirani zapisi so stari več kot 5000 let (Garodia idr., 2007). Globalizacija je močno povečala dostopnost zdravil rastlinskega izvora iz vseh delov sveta za katerega koli individualnega

potrošnika (Rivera idr., 2013). Sicer pa je WHO (2003) postavila smernice za gojenje, zbiranje in proizvodnjo zdravilnih rastlin, ki jih je treba upoštevati v vseh državah. Ocenjuje se, da kar 80 % ljudi uporablja zdravilna zelišča, pričakuje pa se celo porast uporabe med prebivalstvom na do 95 % (Gunjan idr., 2015).

Ena od najbolj osnovnih težav z uporabo zdravilnih rastlin je, da gre za odsotnost konsistentne terminologije pri uvrščanju v skupine: npr. med hrano ali med prehranska dopolnila. To posledično vodi v upoštevanje različnih predpisov. Ohlapni pa so tudi standardi za njihovo prodajo (Rivera idr., 2013). Direktiva ES 2004/24 / ES (2004) je poskus Evropske komisije, da bi še naprej urejala trg za tradicionalna zdravila rastlinskega izvora in temelji na zahtevi višjih standardov znanstvenih dokazov. Za to področje je namreč značilno pomanjkanje znanstvenih dokazov. Pojavila se je velika potreba usklajenih prizadevanj za izvedbo potrebnih kliničnih preizkušanj za študij učinkovitosti in varnosti uporabe zdravil rastlinskega izvora, tako same po sebi, kot v kombinaciji s konvencionalno medicino (Rivera idr., 2013).

Dokazano je, da s starostjo narašča uporaba zdravilnih rastlin, npr. predvsem pri prehladu (Raal idr. 2013). Zelo verjetno je, da starejši pacient sočasno uporablja konvencionalno zdravljenje, kot zdravljenje z zdravilnimi rastlinami. Gre za populacijo, kjer je večja incidenca kroničnih bolezni in je zato bolj verjetno, da naletijo na morebitne probleme z uporabo rastlinskih pripravkov v souporabi s konvencionalno terapijo z zdravili. Ugotovljeno je, da nenadzorovana uporaba zeliščnih čajev ali zeliščnih dodatkov predstavlja resno tveganje v starejši populaciji, zaradi možne interakcije z zdravili na recept za nadzor bolezni, kot so visok krvni tlak, diabetes in druge bolezni povezane s starostjo (Kennedy idr., 2013). Študije kažejo, da se interakcije med zdravili in pripravki iz zdravilnih rastlin pojavljajo pri 30-40 % starejših, ki kombinirajo oba načina zdravljenja. Dokazali so, da imajo pacienti klinično pomembne spremembe v učinkovitosti zdravil, če se je zmanjšala stopnja samozdravljenja ali, če se je povečala doza zdravil (Loya idr., 2009).

Rivera (2010) je ugotovil, da pacienti, ki uporabljajo pripravke iz zdravilnih rastlin za namene zdravljenja, ne poročajo o tem, razen če niso posebej vprašani. Stopnja razkritja uživanja pripravkov iz zdravilnih rastlin je bistveno nižja pri moških, mlajših odraslih, rasnih in etničnih manjšinah ter manj intenzivnih uporabnikov storitev zdravstvenega varstva (Tylburt in Keptchuk, 2008). Kenedy idr. (2008) razloge za to vidijo tudi v tem, da so ob razkritju zdravstveni delavci izrazili nezadovoljstvo, ali pa je bil izdelek kupljen drugje kot v lekarni. Izdelek kupljen v lekarni ima za paciente višjo vrednost pri zdravljenju, kot če je bil kupljen drugje. Ugotovljeno je, da sicer pacienti hitreje kupijo izdelek, če njegova embalaža spominja na farmacevtski izdelek (WHO, 2003).

Znano je, da ima pomembno vlogo v načinu uporabe zdravilnih rastlin pri ljudeh tudi kultura (Rivera idr., 2013). Posebno je to značilno za pitje zeliščnih čajev za namene zdravljenja. Čaj ima izjemno bogato zgodovino. Definiran je kot rastlina, kmetijski izdelek, pijača, obrok ali zabava. Kot blago in tradicija se prenaša iz ene kulture v drugo, kar je opisano kot proces kulturnega prilagajanja »iz tradicije ene v kulturno dediščino druge« (Jolliffe, 2007, str. 3). Kaže se, da v Sloveniji primanjkuje preverjenega znanja o kulturi pitja čaja in o zdravljenju s čaji.

### 1. 3 Namen, cilji in raziskovalno vprašanje

Namen raziskave je bil osvetliti, kako je s kulturo pitja čaja in s pitjem čaja za namene zdravljenja v Sloveniji. Usmerjana je bila s cilji zbiranja informacij o pogostosti pitja čaja, o izbiri posameznih vrst čaja in ugotavljanju stališč ljudi o pitju čaja za namene zdravljenja. Zastavljena so bila tri raziskovalna vprašanja: »Kako pogosto ljudje pijejo čaj?«, »Katere čaje ljudje pijejo najpogosteje?« in »Kakšna so stališča različnih deležnikov o pitju čaja za namene zdravljenja?«.

## 2 Metodologija

V pilotski študiji je bila uporabljena kvantitativna metoda dela. Anketiranje je po priložnostnem vzorčenju potekalo od aprila do junija 2015 v okviru projekta Razvijanje kompetenc za izvajanje integralne nege in oskrbe pacienta: »Sestra, moj čaj prosim!«. V raziskavo se je prostovoljno vključilo 508 oseb (375 prebivalcev lokalne skupnosti, 25 pacientov, 25 izvajalcev in 83 študentov zdravstvene nege). Anketni vprašalnik je bil razvit namensko in prilagojen anketiranju posamezne skupine deležnikov. Podatki so bili obdelani kvantitativno s pomočjo programa SPSS 20. Rezultati so predstavljeni opisno in v tabelah.

## 3 Rezultati

Rezultati raziskave so predstavljeni v štirih sklopih: kultura pitja čaja (pogled anketirancev na navade v družbi na splošno), osebna kultura pitja čaja, pitje čaja za namene zdravljenja in »narava zdravi« ali t.i komplementarno / dopolnilno zdravljenje.

Anketiranci so v povprečju ocenili (1- se strinjam, 2- se delno strinjam, 3- se ne strinjam), da se delno strinjajo s tem, da kultura čaja v Sloveniji pridobiva na pomenu ( $\bar{x} = 2,2,16$ ). Menijo, da se kultura pitja čaja delno ohranja zaradi razvitih navad skozi vzgojo v družini ( $\bar{x} = 1,8,2,24$ ), da je povezana s skrbjo za zdravje ( $\bar{x} = 1,5,1,76$ ) in pitjem zaradi bolezni ( $\bar{x} = 1,3,1,36$ ). Bolj so prepričani v to, da je pitje čaja povezano z boleznijo kot z druženjem in družabnimi dogodki ( $\bar{x} = 2,28,2,36$ ). Ne strinjajo se, da je pitje čaja kulturni običaj in da je bolj prisotno v vaškem kot mestnem okolju ( $\bar{x} = 1,88,2,56$ ). Uvrstilo se je na zadnje mesto po pogostosti uživanja med različnimi pijačami. Prednjačita kava in vino. Večjih razlik v povprečju med skupinami anketirancev ni opaziti.

Pri opisu osebne kulture pitja čaja je razvidno, da prebivalci v največjem deležu pijejo sadni sok (28 %), medtem ko pacienti (28 %), izvajalci zdravstvene nege (52 %) in študenti zdravstvene nege (39 %) pijejo kavni nadomestek. Približno četrtina anketirancev pije čaj vsak dan, pri tem izstopajo izvajalci zdravstvene nege (44 %), pri študentih zdravstvene nege jih največ (37,3 %) pije čaj 2-4 krat tedensko. Čaja ne pije manjše število anketirancev (0-4 %). Kaže se najmanjša uporaba pravih čajev. Zeliščni čaj pa se pije pogosteje kot sadni čaj.

Na odprto vprašanje, kateri čaj imajo najrajši, so navajali zelo različno: »bezeg, lipa, meta, kamilica, črni čaj, domači, jagoda, meta, melisa, kopriva, rman, šentjanževka, pljučnik, preslica, šipek, zeleni, sadni, jagoda in vanilija, malaga zeleni čaj in Ašičeve čaje«. Nadalje so anketiranci ocenili na deset-stopenjski lestvici (1- ne pomemben, 10-zelo pomemben), koliko jim pomeni, da ob naročilu pred sabo dobijo ustrezno pripravljen in topel čaj. Najvišja povprečna ocena je bila med prebivalci ( $\bar{x} = 8,2$ ), sledijo izvajalci ( $\bar{x} = 6,84$ ) in študenti zdravstvene nege ( $\bar{x} = 7,78$ ) ter pacienti ( $\bar{x} = 6,36$ ). Za 100 g čaja so anketiranci pripravljeni plačati do 10 evrov. Veliko (76-91 %) jih različne čaje in čajne mešanice kupuje v trgovini, približno polovica jih čajne mešanice pripravlja sama, ali dobi pripravljene npr. od mame. Izvajalci zdravstvene nege pogosteje od ostalih kupujejo čaj v lekarni. Pogost je tudi nakup čaja v čajnici (do 36 %). Prevladujoči dejavnik za nakup je vsebina čaja (pri 44-70 %), na drugem mestu pa zdravstvene težave, najmanj pomemben dejavnik pa so reklame (pri 4-20 %).

Najpogosteje uporabljen dodatek k čaju sta med (48-60 %) in limona (36-70 %). Med drugo so dodali, da ne uporabljajo ničesar ali, da dodajo ingver, vitamine, vodo, rum, stevio itd. V povprečju so s tristopenjsko lestvico (1- se strinjam, 2- se delno strinjam, 3- se ne strinjam) izrazili, da se Slovenci na splošno premalo spoznamo na pravilno pripravo čajev ( $\bar{x} = 1,4-1,60$ ). V večini se ne strinjajo, da poznajo bonton pri postrežbi čaja ( $\bar{x} = 2,1-2,6$ ) in da so čaji v filter vrečkah enakovredni oziroma imajo iste učinke na telo kot čaji, ki jih kupimo v čajnici ( $\bar{x} = 2,38-2,6$ ). V povprečju se delno strinjajo, da bi se čaj lahko uporabljal v bolnišnicah kot dopolnilo k zdravljenju ( $\bar{x} = 1,6-2,7$ ). Bolj se strinjajo s tem, da se na splošno premalo spoznajo na pravilno pripravo čajev ( $\bar{x} = 1,4-1,6$ ). Strinjajo se s tem, da je mogoče določene vrste bolezni pozdraviti z zdravilnimi rastlinami oziroma čaji, ki so temu namenjeni. Ne gre pa pozdraviti vseh vrst bolezni (48-67 %). V povprečju jih petina verjame v »zdravilno moč« čajev.

V tabeli 2 je s povprečnimi vrednostmi ( $\bar{x}$ ) predstavljeno (1- se strinjam, 2- delno strinjam, 3- se ne strinjam), kakšne so osebne navade anketirancev glede zdravljenja s čaji.

Tabela 2: Osebne navade anketirancev glede zdravljenja s čaji

Trditev	prebivalci	pacienti	Izvajalci ZN	Študenti ZN
Poznam zdravilne rastline, ki se lahko uporabljajo za namene zdravljenja.	1,6	2,44	1,8	2,79
Poznam pripravo zdravilnih rastlin za zdravilno učinkovanje pri ljudeh.	2,0	1,84	2,2	1,79
Poznam čajne mešanice in namen njihove uporabe za namene zdravljenja.	1,9	2,04	2,1	1,90
Sam nabiram zdravilne rastline.	2,3	2,00	2,2	2,34
Sam pripravljam čaje za namene zdravljenja.	2,2	2,24	2,28	2,28
Pijem zeliščni čaj za boljše počutje-preventivno.	1,9	2,04	1,96	1,79
Pijem zeliščni čaj v primeru zdravstvenih težav.	1,5	1,56	1,76	1,59

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Anketiranci se delno strinjajo, da pijejo čaj preventivno za boljše počutje ( $\bar{x} = 1,79-2,04$ ) in v primeru zdravstvenih težav ( $\bar{x} = 1,5-1,76$ ). S svojim znanjem iz obravnavnega področja so delno zadovoljni, sami večinoma ne nabirajo zdravilnih rastlin ( $\bar{x} = 2,0-2,34$ ). Čajev za namene zdravljenja si ne pripravljajo sami ( $\bar{x} = 2,2-2,28$ ).

Najpogosteje jim komplementarno zdravljenje pomeni dopolnilno in naravno zdravljenje, ter zdravljenje z različnimi metodami (aromaterapija, fitoterapija ...), ki so samoplačniške. Pri četrtini anketirancev je to tudi področje, kjer imajo premalo znanja. V Tabeli 3 so zbrani podatki o tem, kaj anketirancem pomeni komplementarno zdravljenje. Predstavljeni so odstotni deleži skupin (%), ki so izbrali posamezni odgovor. Izbrali so lahko več odgovorov.

Tabela 3: Pomembnost komplementarnega zdravljenja

Trditev	prebivalci	pacienti	izvajalci ZN	študenti ZN
Komplementarno zdravljenje je enako pomembno kot zdravljenje z zdravili, ki jih pripravi farmacevtska industrija.	1,9	2,00	2,08	2,06
V primeru zdravstvenih težav najprej poskusim s komplementarnim zdravljenjem, šele potem obiščem zdravnika.	1,7	1,96	1,8	1,91
V primeru zdravstvenih težav obiščem samo zdravnika in jemljem samo pripravke, ki jih svetuje zdravnik.	2,5	2,08	2,36	2,16
V Sloveniji primanjkuje preverjenega znanja s področja zdravljenja s čaji.	1,3	1,44	1,52	1,68

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Kaže se, da v Sloveniji primanjkuje preverjenega znanja s področja zdravljenja s čaji in da anketiranci v primeru zdravstvenih težav najprej poskusijo s komplementarnim zdravljenjem, šele nato obiščejo zdravnika.

## 4 Razprava

Ugotovitve kažejo na prisotnost navade pitja čaja za preventivne namene, za izboljšanje počutja, pa tudi za namene zdravljenja. Pri oceni o pogostosti pitja različnih pijač pri anketirancih se sicer pitje čaja uvršča na zadnja mesta. Podatki pa kljub temu kažejo, da ga v povprečju pijejo dokaj pogosto, 2-4 x tedensko. Zanimivo pa bi bilo preveriti, kako se ta navada pri ljudeh spreminja glede na letni čas oziroma temperaturo okolja. Pri oceni lastnih navad prednjači uživanje kavnih nadomestkov, sadnih sokov, pri izvajalcih zdravstvene nege pa tudi pitje čaja. Pogosteje kot sadne čaje pijejo zeliščne čaje iz avtohtonih zdravilnih rastlin. Aktualni so bolj zeliščni kot sadni čaji. Kljub temu, da poznavanje bontona o pitju čaja ni na visoki ravni, je vsem relativno pomembno, da je čaj pravilno pripravljen in postrežen. V povprečju pa nimajo izdelanih posebnih potrošniških navad glede nakupa čaja in čajnih mešanic. Pomen

komplementarnega zdravljenja je poznan in deležniki se ga poslužujejo, predvsem v primeru blažjih zdravstvenih težav. Podobno npr. Kreitzer in Koithan (2014) svetujeta pri zdravljenju depresije. Predstavljata integrativni model obravnave pacientov z depresijo. Pri zdravljenju pacientov ločujejo 5 stopenj intenzivnosti simptomov depresije. Ukrepi se seštevajo: v 1. stopnji (nizka stopnja intenzivnosti) zdravljenje vključuje prehransko terapijo in terapije ‚uma in telesa‘, v 2. stopnji ukrepe 1. stopnje in ‚prehranska dopolnila in gibalna terapija. V 3. stopnji dodajo svetlobno terapijo in energetske terapije (reiki). 4. stopnja vključuje zdravljenje z zdravilnimi rastlinami, homeopatsko, kitajsko in ajurvedsko medicino. Antidepresivi so uvedeni šele v 5. stopnji pri težki obliki depresije. Opozarjata tudi, da pojem »integrativna zdravstvena nega« v literaturi ni pogost; glavna področja, ki se povezujejo s konstruktom integrativne zdravstvene nege, so »celostna zdravstvena nega«, »osebna oskrba« in »terapevtski odnosi«. Bolj znana besedna zveza je »integrativno zdravstveno varstvo«, prav tako pa tudi »integrativna medicina«, ki vključuje tradicionalne in komplementarne načine zdravljenja številnih bolezni in medsebojno povezuje delo različnih smeri v prizadevanju za čim boljšo zdravstveno oskrbo pacienta. Sicer pa medicinske sestre že od časov Florence Nightingale, gledajo na svoje delovanje, kot na nekaj kar vključuje in vpliva na um, telo in duha (Ferrell, idr. 2010). Menijo, da je potrebno »uporabnikom zdravstva dati priložnost uporabe komplementarne terapije, utemeljene na dokazih in znanju, ki ga nudijo medicinske sestre, ki so se specializirale na tem področju« (Kreitzer in Koithan, 2014).

Ob tem pa je aktualno tudi vprašanje vpliva kulturne raznolikosti na potrebe pacienta po uporabi dopolnil ali za nas t. i. alternativne terapije. Medicinske sestre morajo biti poučene o prednostih in slabostih komplementarnih / alternativnih terapij in biti pripravljene, da bi razpravljale in prosile za pomoč pri reševanju etičnih vprašanj, ki jih obkrožajo (Ernest idr. 2004). Temu področju je potrebno v prihodnosti nameniti več pozornosti. Pomembno bi bilo preučiti in tudi razširiti informacije o tem, kakšen vpliv ima na zdravje odlašanje zdravljenja z zdravili ob samozdravljenju s čajem.

## 5 Sklep

Pitje čaja za namene zdravljenja je pogost pojav, s katerim se morajo odkrito soočiti vsi zdravstveni delavci. Prisotno je mnenje, da je za »asistirano« zdravljenje s čaji v bolnišnicah nujno povečanje znanstveno preverjenega znanja izvajalcev zdravstvene nege in ostalih zdravstvenih delavcev o kulturi pitja čaja in pitju čaja za namene zdravljenja ter o možnih nevarnostih pri tem.

## LITERATURA

1. American Nurses Association. (2001). Code of ethics for nurses with interpretive statements. Washington, DC. Dostopno prek: American Nurses Association. (2001). Code of ethics for nurses with interpretive statements. Washington, DC.

2. Directive 2004/24/EC of the European parliament and of council of 31 March. 2004. Pridobljeno 25. 9. 2015, s <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2004:136:0085:0090:en:PDF>.
3. Ernst, E. in White, A. (2000). The BBC survey of complementary medicine use in the UK. *Complement Ther Med* 8: 32–26. Pridobljeno 23. 9. 2015, s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10812758>.
4. Ernest, E., Cohen M. H. and Stone, J. (2004). Ethical problems arising in evidence based complementary and alternative medicine. *J Med Ethics*, 30, 156-159. Pridobljeno, s <http://jme.bmj.com/content/30/2/156.full>.
5. Garodia, P., Ichikawa H., Malani N., Sethi G. in Aggarwal, B. B. (2007). From ancient medicine to modern medicine: ayurvedic concepts of health and their role in inflammation and cancer. *J Soc Integr Oncol*, 5, 25–37. Pridobljeno 24. 9. 2015, s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17309811>.
6. Gunjan, M., Naing, W. T., Saini, R. S., Ahmad, A., Naidu, J. R. in Kumar, I. (2015). Marketing trends & future prospects of herbal medicine in the tretment of various disease. *World journal of pharmaceutical research*, 4 (9), 132–155. Pridobljeno 2. 9. 2015, s [http://www.google.si/?gws\\_rd](http://www.google.si/?gws_rd).
7. Jolliffe, L. (2007). *Tea and Tourism: Tourists, Traditions, Transformations*. Channel View Publications.
8. Kemper, J., Vohra, S. in Walls R. (2008). The Use of Complementary and Alternative Medicine in Pediatrics. *Pediatrics* 122 (6), 1374–1386. Pridobljeno 23. 8. 2015, s <http://pediatrics.aappublications.org/content/122/6/1374>.
9. Kennedy, J., Wang, C. C. in Wu, C. H. (2008). Patent Disclosure about Herb and Supplement Use Adults in the US. *Evid Based Complement Alternat Med*, 5 (4), 451–456. Pridobljeno 23. 9. 2015, s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2586312/>.
10. Kreitzer, M. J. in Koithan, M. (2014). *Integrative nursing*. London: Oxford.
11. Loya, A. M., Gonzalez-Stuart A. in Rivera J. O. (2009). Prevalence of polypharmacy, polyherbacy, nutritional supplement use and potential product interactions among older adults living on the US-Mexico Border: a descriptive, questionnairebased study. *Drugs Aging* 25: 423–436. Pridobljeno 25. 9. 2015, s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19552494>.
12. National Center of Complementary and Alternative medicine: What is CAM?. Pridobljeno 23. 9. 2015, s <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>.
13. Raal, A., Volmer, D., Sõukand, R., Hratkevič, S. in Kalle, R. (2013). Complementary Treatment of the Common Cold and Flu with Medicinal Plants – Results from Two Samples of Pharmacy Customers in Estonia. Pridobljeno 23. 9. 15, s <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0058642#authcontrib>.
14. Rivera, J. O., Loya, A. M. in Ceballo, R. (2013). Use of Herbal Medicines and Implications for Conventional Drug Therapy *Medical Sciences. Alter Integ Med*, Julij, 17. Pridobljeno 22. 9. 2015, s <http://www.esciencecentral.org/journals/use-of-herbal-medicines-and-implications-for-conventional-drug-therapy-medical-sciences-2327-5162.1000130.php?aid=15819>.
15. Silva, M. C. in Ludwick, R. (2001). Ethics: Ethical Issues in Complementary/Alternative Therapies. *A The Online Journal of Issues in Nursing* 1. Pridobljeno 23. 7. 2015, s <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Columns/Ethics/EthicalIssues.html>.
16. Tibult, J. C. in Kaptchuk, T. J. (2004). Herbal medicine research and global health: an ethical analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. Pridobljeno 23. 9. 2015, s <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/07-042820/en/>.
17. World Health Organization. (2003). WHO guidelines on good agricultural and collection practices (GACP) for medicinal plants. Geneva. Pridobljeno 5. 9. 2015, s <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42783/1/9241546271.pdf>.



# Poškodbe in težave z zdravjem pri upokojenih vrhunskih gimnastičarkah

UDK 616-001:796.41

**KLJUČNE BESEDE:** športna gimnastika, fenomenološka študija, športne poškodbe, duševno zdravje, medicina športa

**POVZETEK** - Šport in gibalne aktivnosti imajo dokazano pomemben vpliv na telesno in duševno zdravje. Nasprotno pa lahko nezadostna gibalna aktivnost ali napačno, prekomerno gibanje, povzročijo težave na telesnem, motoričnem, kognitivnem, socialnem ali čustvenem področju razvoja. Športno okolje, zlasti na ravni tekmovalnega športa, lahko predstavlja okolje tveganja intenzivna vključenost in težavnost elementov v zgodnjih otroških letih ter pritisk oz. želja po doseganju vrhunskih rezultatov. Postavlja se vprašanje, kakšne so zdravstvene posledice za športnice. V ta namen smo zasnovali empirično kvalitativno raziskavo s fenomenološkim pristopom. Na vzorcu 11 upokojenih vrhunskih gimnastičark, članic državne reprezentance med leti 1969 in 2012, smo ugotavljali njihov pogled na prisotnost poškodb in težav s telesnim in duševnim zdravjem med in po koncu tekmovalne poti. Telesne poškodbe nog in rok, ki se pojavijo pred desetim letom starosti, ter strah pred že usvojenimi gimnastičnimi elementi predstavljajo največje negativne posledice v želji po ustvarjanju vrhunškega dosežka na telesno in duševno zdravje športnika. Razumevanje ustaljenih postopkov pri ustvarjanju vrhunskih dosežkov pripisujemo družbenemu in nacionalnemu interesu. Pomembna je optimizacija obstoječega modela za razvoj talentiranih otrok v gimnastiki.

UDK 616-001:796.41

**KEY WORDS:** artistic gymnastics, phenomenological study, sports injuries, mental health, sports medicine

**ABSTRACT** - Sports and physical activity have proven important effect on physical and mental health. Insufficient, inappropriate or excessive physical activity, however, can cause problems in physical, motoric, cognitive, social or emotional development of a person. Athletic setting, especially the competitive sports, may represent a risky environment. When it comes to gymnastic activities and the risky environment, it is important to point out the intense participation and the difficulty of elements implemented from the early childhood, as well as the pressure to achieve top athletic results as early as possible in the field of female gymnastics. Therefore, a question, what are the health consequences for the athletes, arises. For his purpose we designed the empirical qualitative study based on the phenomenological approach. On the sample of 11 retired top-class female gymnasts, who were the members of a national gymnastics team between 1969 and 2012, we observed their views on the injuries prevalence and other problems with physical and mental health during and after their sports career. Injuries of legs and arms, emerging after the age of 10, and fear before the already known and performed gymnastics elements when striving for the outstanding sports achievements, presented the most serious negative consequences on physical and mental health of the athletes. The understanding of high-performance sports practise could be attributed to the national and society interest. For the future, it is important to optimise the existing model of talent development in artistic gymnastics.

## 1 Teoretična izhodišča

V zadnjih petdesetih letih je področje človekovih pravic postalo sprejeto v mednarodnem dialogu ter zagovarjano tako s strani državljanov kot tudi svetovnih voditeljev. Preobrazba v smeri sprejetja človekovih pravic je spremljana tudi s povečanjem znanstvenih raziskav na tem področju (Callaway in Harrelson-Stephens, 2007). Pavlović in Sardoč (2003) pritrjujeta, da so človekove in otrokove pravice kot sistem obče

sprejetih vrednot eden od temeljev vzgoje in izobraževanja v današnji družbi. Pa vendarle v slovenski zakonodaji obstaja še veliko pomanjkljivosti v praksi uresničevanja otrokovih pravic (Vojnovič, 2010). Avtorica meni, da je otrok prepogosto obravnavan kot objekt, katerega koristi se ne postavljajo pred pravice drugih deležnikov. Varuhinja človekovih pravic v Sloveniji prav tako ugotavlja (Nussdorfer, 2014), da slovenska družba še ni storila dovolj za zaščito otrokovih koristi z vidika njihove prednosti pri sprejemanju odločitev. Prav tako institucije ne obravnavajo vseh primerov kršenja otrokovih pravic z vso dolžno skrbnostjo in obzirnostjo. Owen in Hughes (2009) poudarjata, da je za zagotavljanje varnosti otrok dan danes potrebno narediti mnogo več kot jih zgolj varovati pred zlorabo avtoritet. Zagotavljanje varnosti otrok in promocija njihovega blagostanja sta opredeljeni kot varovanje otrok pred trpinčenjem, škodovanjem otrokovega zdravja in razvoja ter zagotavljanjem, da otroci rastejo v razmerah, ki so stabilne v smislu zagotavljanja varnosti in oskrbe (Owen in Hughes, 2009). Owen (2009, str. 11) izpostavi razliko in prehod med terminologijama »varovanje otrok« (angl. »child protection«) in »zagotavljanje varnosti otrok« (angl. »safeguarding children«). Varovanje otrok je starejši termin in pomeni varovati otroke pred trpinčenjem, medtem ko se zagotavljanje varnosti otrok nanaša na rast in razvoj otrok v razmerah, ki so stabilne v zagotavljanju varnosti in učinkovite oskrbe ter vključuje širši razpon aktivnosti, ki so pogosto preventivne in proaktivne narave.

Šport in gibalne aktivnosti imajo dokazano pomemben vpliv na telesno in duševno zdravje ter razvoj otrok. Udejstvovanje v gibalni aktivnosti, ki se izvaja redno, v kakovostni obliki in traja daljše časovno obdobje, je brez dvoma ključni dejavnik otrokovega razvoja in zdravstvenega statusa (Roberts, Tynjälä in Komkov, 2004; Eisenmann, 2004; Tomson idr., 2003). Nasprotno pa lahko nezadostna gibalna aktivnosti ali napačna, prekomerna gibanja, povzročijo neustrezen otrokov razvoj, in sicer na telesnem, motoričnem, kognitivnem, socialnem ali čustvenem področju razvoja. Športno okolje, zlasti na ravni tekmovalnega športa, lahko predstavlja okolje tveganja, v katerem se lahko otroci soočajo z negativnimi izkušnjami, brez upoštevanja njihove integritete, razvojnih ter zdravstvenih potreb (Léglise, 1997; Gervis in Dunn, 2004; Ghaye idr., 2009; Zurc, 2010; Papaefstathiou, Rhind in Brackenridge, 2012; Zurc, Rhind in Lang, 2014). Estetske gibalne aktivnosti so bile prepoznane za tiste, ki se soočajo s pomembnimi vprašanji spoštovanja pravic otrokovega blagostanja (Papaefstathiou idr., 2012). Med slednjimi velja izpostaviti kot okolje tveganja zlasti intenzivno vključenost in težavnost treniranih elementov v zgodnjih otroških letih na področju ženske športne gimnastike. Z intenzivnim treningom so gimnastičarke v pred-adolescentnem obdobju izpostavljene nastopanjem na visoki zahtevnostni ravni ter s tem tveganjem za pojav telesnih in duševnih razvojnih primanjkljajev (Caine, Russell in Lim, 2013). »Že na prvi pogled je jasno, da je šport kompleksen pojav, ki generira etična protislovja. Na eni strani je vpet med človekove moralno-vzgojne in temeljne biološke gibalne vzgibe, na drugi strani pa med skrajno eksploatacijske, ekstremne in s strastmi prežete podobne sodobnega časa ter nedolžno igrivost telesa in duha« (Hosta, 2007, str. 2).

Kljub čedalje glasnejšim opozorilom na zagotavljanje pravic otrok v športu pa doslej še ni bil raziskan en izmed najmočnejših dejavnikov tveganja v tekmovalnem okolju,

to je s starostjo povezano tveganje. Predvidevati je možno, da pritisk po tekmovalnosti v čim mlajši starosti ter s tem usvojitev čim več športnega znanja, zahtevnih prvin in spretnosti v zgodnjih otroških letih pri vrhunskem športniku ima določene posledice na njegovo zdravstveno stanje med in zlasti po koncu športne kariere.

Izhajajoč iz navedenih teoretičnih izhodišč je bil namen naše raziskave pridobiti vpogled v telesno in duševno zdravje upokojenih vrhunskih športnic v gimnastiki, ki se kaže kot posledica vrhunskih dosežkov v športu med in po zaključeni tekmovalni poti. Zanimalo nas je, kakšna je cena udeleževanja v vrhunskem športu z vidika poškodb in drugih težav s telesnim in duševnim zdravjem med in po zaključeni športni karieri na primeru telovadk v športni gimnastiki.

## 2 Metodologija

Raziskava temelji na empirični kvalitativni metodologiji z interpretativnim fenomenološkim raziskovalnim pristopom. V raziskavo je bilo vključenih 11 upokojenih vrhunskih gimnastičark, članic državne reprezentance med leti 1969 in 2012, s katerimi smo izvedli pol-strukturirane intervjuje. Intervjuvanke smo spraševali, kakšne vse poškodbo ali težave z zdravjem so se jim pojavljale v obdobju aktivnega gimnastičnega udeleževanja kot tudi po zaključeni tekmovalni gimnastični karieri. Povprečno trajanje intervjujev je bilo 1 uro, 8 minut in 44 sekund, najkrajši intervju je trajal 34 minut, najdaljši pa 2 uri in 12 minut. Skupni čas vseh izvedenih intervjujev je bil 12 ur, 36 minut in 14 sekund.

Vsi intervjuji so bili posneti na digitalno obliko zapisa MP3. Zvočni zapisi intervjujev so bili v nadaljevanju dobesedno prepisani v pisno obliko – transkripte ter tematsko urejeni. V tej fazi urejanja zbranih podatkov je vsak intervju dobil tudi svojo šifro, ki je bila sestavljena iz treh enot. Primer: G-R-1/3, kar pomeni: G – gimnastičarka, R – upokojena športnica, 1 – zaporedna številka intervjuja, /3 - zaporedje strani v transkriptu intervjuja, na kateri se nahaja dobesedni citat intervjuvanke.

Zbrani podatki so bili analizirani z metodo kvalitativne vsebinske analize. Analizo smo pričeli s procesom odprtega kodiranja (določanje pomena posameznim segmentom besedila), sledilo je združevanje sorodnih pojmov (kod) v kategorije ter v tretjem koraku oblikovanje sodb oziroma pojasnjevanje posplošenih odnosov med določeno kategorijo in njenimi pojmi (osno kodiranje) ter med različnimi kategorijami (odnosno ali selektivno kodiranje) (Adam idr., 2012). Kvalitativno analizo empiričnega gradiva smo zaključili z oblikovanjem teoretične formulacije o prisotnosti poškodb in težav z zdravjem kot posledice udeleževanja v vrhunskem športu v obdobju otroštva z vidika refleksije upokojenih gimnastičark, ki so sodelovale v naši raziskavi.

Raziskava temelji na upoštevanju etičnih vidikov raziskovanja, ki vključujejo raziskave na ljudeh, v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije. Postopek zbiranja in varovanja osebnih podatkov je bil izveden v skladu z zahtevami Zakona o varstvu osebnih podatkov. (Uradni list Republike Slovenije, 2007).

### 3 Rezultati

Dobljeni rezultati so pokazali pet osrednjih tematskih kategorij na vprašanje intervjuvank, kakšne vse poškodbo ali težave z zdravjem so se jim pojavljale v obdobju aktivnega gimnastičnega udejstvovanja in po zaključeni športni karieri. Tabela 1 kaže, da so pri vrhunskih športnicah prisotne tako telesne poškodbe kot tudi težave z duševnim zdravjem. Kot posebne teme so se pokazale še vzroki za poškodbe in posledice poškodb/ težav z zdravjem ter proces zdravljenja in povrnitve zdravja.

Tabela 1: Pogled upokojenih gimnastičark o vlogi gimnastike na telesno in duševno

Kategorija	Koda
Telesne poškodbe	poškodbe rok in nog, ki se pojavijo pred 10 letom starosti poškodbe gležnja (ahilova tetiva, peta, zvin) poškodbe rame bolečine v hrbtu (ledveni del, vrat) natrgane mišice (zadnja stegenska, trebušna) zlomi (spiralni zlom zapestja, nart, prsti na rokah in nogah) pretres možganov večkratna ponovitev enake poškodbe
Težave z duševnim zdravjem	strah pred že usvojenimi gimnastičnimi elementi osebne krize motnje hranjenja
Vzroki za poškodbe	padec iz orodja doskoki na orodju (npr. salta naprej na gredi) doskoki iz orodja iz smeri (npr. preskok) prijemi orodja (npr. prelet na bradlji) pripisovanje odgovornosti za poškodbo sebi hiter pojav poškodb pri gimnastiki
Posledice poškodb/težav z zdravjem	poškodba vzrok za prekinitev treniranja prekinitev tekmovanja ostra bolečina, zatekanje sklepa bo poškodbi zahtevna vrnitev po poškodbi zmanjšana funkcionalnost sklepa bolečina ostane po rehabilitaciji doping zaključek športne kariere
Zdravljenje	počitek nekaj dni bandaže gležnjev hlajenje fizioterapija pred/po treningu zdravniška obravnava (urgenca, RTG, mavec) eno leto premora po operaciji poškodbe dolgotrajna rehabilitacija po poškodbi

*Vir:* Intervju, 2015.

Med telesnimi poškodbami prevladujejo poškodbe rok in nog, ki se pri večini gimnastičark prvič pojavijo že pred 10 letom starosti, pogoste so tudi poškodbe gležnja in rame. Intervjuvanke so poročale tudi o natrganih mišicah in zlomih rok, zapestja ter prstov na rokah in nogah. Med bolečinami so v ospredju bolečine v hrbtenice, zlasti v

ledvenem in vratnem delu. Za poškodbe v gimnastiki je značilno, da se pogosto ponovijo in so redno prisotne, s tem je njihova obravnava del rednega trenažnega procesa.

»Štiri gibse sem imela in dva zvina prsta. No, tukaj ni bil ravno zvin, ampak je bila počena kost, tale del, nart sem imela počen ... Gibs sem imela na levi nogi do kolena, potem na desni celi nogi. Sem bila dva meseca takrat v rehabilitaciji ... Hm, ampak sem se lepo popravila nazaj ... (G-R-4/9).

Na področju težav z duševnim zdravjem se pojavljajo nenaden in nepojasnen strah pred že usvojenimi gimnastičnimi elementi, ki lahko povzroči tudi prekinitve športne kariere v zgodnjih letih, osebne krize, ko telovadka ne želi več tekmovali, ter motnje hranjenja kot je anoreksija nervoza.

»Ampak ni najbolj preprost šport in je potrebno imeti kar en občutek za telo kot prvo. Plus tega, ne sme te biti strah in ko pride enkrat strah zraven, je konec in je hitro, lahko gre v enem letu, kar si naredil v treh letih, hitro napreduješ, pa gre vse nazaj. Meni je šlo isto tako« (G-R-10/1).

»Sem imela v enem obdobju neke težave, mislim, prehrabene motnje ali kako se reče ... Jaz to pripisujem čisto temu, da nismo dobile dovolj informacij v zvezi s prehrano, mislim, da se ni nobeden ukvarjal z našo prehrano... Čeprav jih je bilo več, ki so imele tako v tistem obdobju podobno situacijo kot jaz ... Ampak tako, da bi imele mogoče kakšno osebnje, da bi nam v zvezi s tem pomagali ali pa kakšnega psihologa, ker je dosti punc se je balo kakšnih določenih elementov, ki so bili v bistvu čisto lahki, pa so imele en tak klik v glavi, ker jim pač ni šlo. Tako, da kakšnega psihologa bi definitivno rabili, kakšnega prehrabnega strokovnjaka ... Smo bile pač v takem obdobju, ko ni bilo teh stvari« (G-R-5/6-7).

Najpogostejši vzroki za poškodbe so padec iz orodja, zgrešeni doskoki na orodju (npr. doskok pri salti naprej na gredi), doskoki iz orodja iz smeri, zgrešeni prijemi orodja (npr. prelet na bradlji pri prehodu med nižjo in višjo lestvino). Na prvem mestu gimnastičarke pripisujejo odgovornosti za pojav poškodb sebi in pomanjkljivi pozornosti. Intervjuvanke so izpostavile, da je gimnastika šport, v katerem hitro pride do poškodb, ki se lahko pojavijo tako na treningu kot tudi na tekmovanju.

Enkrat sem zjutraj, v dopoldanskem času, ko sem bila malo preveč zaspana in sem mi ni ljubilo, sem si pri akrobatiki v zraku premislila in sem padla dol na glavo, sem padla v nezavest. To se spominjam. Potem so me peljali v bolnišnico, sicer sem imela manjši pretres možganov« (G-R-4/9).

»Zadnja poškodba je bila na tekmi, je bilo pri doskoku, sem prišla čisto pod kotom in je samo počilo noter in sem fejest slišala. Sem mislila, da je kakšen zlom, po mojem bi bilo boljše, kakor pa ti zvini in natrganine, to je najslabše, najtežje sanirati ... Potem me je trener odnesel v garderobo, so poklicali rešilca ...« (G-R-1/6).

Posledice poškodb in drugih težav s telesnim in duševnim zdravjem vodijo v prekinitve treniranja in tekmovanja, v nekaterih primerih pa celo k zaključku športne kariere. Intervjuvanke so poročale o zahtevni vrnitvi po poškodbi in nedokončani rehabilitaciji, ki se kaže v obliki bolečine, zatekanja in zmanjšane funkcionalnosti sklepa bo

poškodbi. Z namenom nadaljevanja športne poti kljub poškodbi so gimnastičarke posegale po »dopingu« v obliki protibolečinskih sredstev.

»Tokrat sem pojedla toliko tablet, samo zato, da bi poizkusila, mislim, da bi vsaj imela možnost, ampak na koncu mi tudi tablete niso več prijele ... Najprej mi Nalgesin, pa kakšne podobne, mi sploh prijele niso že od začetka, hm, potem sem končno našla ene, ki sem jih vzela dve, da mi je prijela, ampak ..., ja, Naklofen, ampak sem vedela, da če bom tako nadaljevala, se bom uničila (G-R-9/4).

Intervjuvane upokojene vrhunske gimnastičarke so izpostavile, da zdravljenju poškodb in drugih težav z zdravjem ni bilo posvečeno veliko pozornosti v času, ko so trenirale gimnastiko. Najbolj razširjeni pristopi so bili nekajdnevni počitek, različna povijanja poškodovanih gležnjev, hlajenje ter fizioterapija ob rednem nadaljevanju treningov. Pri večjih poškodbah je bila vključena tudi zdravniška obravnava (npr. urgentna enota, specialistične obravnave, mavčarna) in daljši premor. V vsakem primeru pa se je športnica vrnila v gimnastično dvorano takoj, ko je bilo možno, in sicer praviloma pred zaključeno rehabilitacijo. To je v številnih primerih povzročilo dolgotrajno rehabilitacijo, ki je pustila določene trajne posledice na zdravju gimnastičarke.

»In potem sem si poškodovala desni komolec in to pomeni, eno leto sem izgubila. Vem, da sem potem z gibsom hodila na treninge, da smo delali vaje za moč, samo ni več isto. Tudi komolec sem imela potem, saj ga imam še zdaj, zdaj ga lahko že stegnem, samo takrat nisem mogla do konca ne stegniti ne skržiti roko. Vem, da so zdravniki imeli konzilij, da bi me operirali... Ampak je takrat rekel doktor ... [ime zdravnika] moji mami, da on, če bi bila njegova hčerka, on je ne bi. Lahko se zgodi, da bom imela roko skozi stegnjeno ... in je rekel, pustite na miru, ona je športnica, saj bo na ta način. In tako vem, da na bradlji, te prve slike po poškodbi, je ena roka skržena, druga stegnjena. Tudi na gredi, ko si stegnil roke, sem jaz stegnila tako, da sem imela eno še vedno pokrčeno ... Danes me komolec malo boli, kadar je slabo vreme« (G-R-8/8-9).

## 4 Razprava

Intervjuji z upokojenimi vrhunskimi gimnastičarkami omogočajo vpogled v telesno in duševno zdravje otrok v vrhunski športni gimnastiki v času aktivne športne kariere kot tudi z vidika posledic, ki jih imajo na njihovo zdravje po zaključeni tekmovalni športni poti. Na osnovi dobljenih ugotovitev lahko sklepamo, da je cena udeleževanja v vrhunskem športu zaznamovana s prisotnostjo telesnih poškodb in težav z duševnim zdravjem, do katerih pride med procesom treninga kot tudi na samih tekmovanjih. Zdravstvene težave gimnastičark imajo zahtevno in dolgotrajno zdravljenje ter v mnogih primerih povzročijo prekinitev športne kariere in trajne posledice na zdravje v odraslosti.

Naša raziskava je pokazala, da so intervjuvane gimnastičarke imele številne poškodbe tekom športne kariere, med katerim prevladujejo poškodbe rok in nog, natrgane mišice in zlomi, ki so se pri večini gimnastičark prvič pojavile že pred 10 letom starosti

ter so se pogosto ponovile. Bodén (2005) navaja, da čeprav so v športu hude poškodbe relativno redke, je gimnastika ob hokeju in ameriškem nogometu eno izmed prizorišč z visoko prisotnostjo akutnih hudih telesnih poškodb. Timpka s sodelavci (2008) je opozoril na globalno problematiko preventive pred poškodbami in varnosti v športu, ki je zaradi kompleksnosti športa ne morejo rešiti samo športne federacije ali samo politične organizacije. Pa vendarle, čeprav oboji promovirajo šport in gibalne aktivnosti, imajo zelo raznolike, neusklajene politike in prakse zagotavljanja varnosti v športu. Zato je potreben razvoj mednarodnih programov za promocijo in politiko varnosti v športu globalnih razsežnosti, saj je problem športnih poškodb kritična komponenta zdravstvene politike in zagotavljanja varnosti v športu kot trajnostnega razvoja vseh športnih organizacij. Ključna je vzpostavitev sodelovanja med znanostjo in politiko ter razvoj mednarodnih programov za promocijo varnosti v športu.

Pri intervjuvanih upokojenih vrhunskih gimnastičarkah velja izpostaviti tudi ugotovitve na področju težav z duševnim zdravjem, zlasti pojav motenj hranjenja. Motnje hranjenja so ene izmed najbolj pogosto razkritih posledic vrhunškega ukvarjanja z estetskimi športnimi zvrstmi. Pri teh športih je v ospredju estetska komponenta telesa in gibanja, ki vključuje ukvarjanje trenerja in tekmovalke tudi s telesno težo in postavavo (Tan idr., 2012). Predpostavlja se, da osredotočenost na telesno težo in videz v estetskih športih predstavlja poglobljeno tveganje za pojav motenj hranjenja. Na vzorcu 60 vrhunskih športnic v estetskih športih med 12. in 18. letom starosti je bilo ugotovljeno tveganje za pojav motenj hranjenja kot posledice pritiska s strani trenerja po izgubi telesne teže in spremembi videza ter prepričanje športnice v izboljšanje lastne tekmovalne uspešnosti s pomočjo izgube telesne teže (Bonekamp, 2008). Pomemben doprinos pa ima tudi samo razvojno obdobje adolescence, v katerem mladostniki občutijo občutek za sebe in za katerega je značilno ukvarjanje z lastno telesno podobo. V tem obdobju športnice v estetskih športih tekmujejo na vrhunski ravni, kjer je potrebno obvladovati postavavo telesa in telesno težo, ki je optimalna za vrhunske izvedbe (Tan idr., 2012).

Dobljene ugotovitve o prisotnih poškodbah in težavah z duševnim zdravjem v vrhunskem športu je potrebno razumeti z vidika ustaljenih praks ustvarjanja vrhunskih dosežkov, ki jih narekujejo družbeni in nacionalni interesi. Sodobna kultura namreč zahteva napredek človeštva, da človek nenehno presega samega sebe, začneja znova in iz nič ter dosega več in bolje (Kreft, 2003). Kljub temu pa ne velja pozabiti, da gre v ženski športni gimnastiki za nedorasle otroke, v razvojnem obdobju pred-adolescence. Zato je potrebna optimizacija obstoječega modela razvoja talentiranih otrok v gimnastiki z vidika otrokovega celostnega razvoja in zagotavljanja njegovih temeljnih pravic na področju varovanja telesnega in duševnega zdravja. Razmisliti velja tudi o dvigu starostne meje na 18 let v članskih kategorijah, kar bo posledično pripeljalo do spremembe tekmovalnih pravilnikov in manj tveganega treninga ter pritiska po doseganju vrhunskih rezultatov v zgodnjih otroških letih, ko otrokovo telo še ni ne telesno ne duševno razvito za napore, ki jih zahteva vrhunski šport. Kot izpostavlja Ghaye s sodelavci (2009) dan danes zmaga v športu ni več dovolj. Pomembno je zmagati z integriteto in varnostjo in ključno vprašanje je, kako razviti otrokov talent.

**LITERATURA**

1. Adam, F., Hlebec, V., Kavčič, M., Lamut, U., Mrzel, M., Podmenik, D. et al. (2012). Kvalitativno raziskovanje v interdisciplinarni perspektivi. Ljubljana: Inštitut za razvojne in strateške analize.
2. Boden, B. P. (2005). Direct catastrophic injury in sports. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 13 (7), 445–454.
3. Bonekamp, E. (2008). Disordered eating and body dissatisfaction in aesthetic sports: A study of adolescent highperformance athletes. *International Journal of Psychology*, 43 (3/4), 1–16.
4. Caine, D. J., Russell, K. in Liesbeth, Lim. (2013). *Handbook of Sports Medicine and Science*. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
5. Callaway, R. L. in Harrelson-Stephens, J. (2007). What are human rights? V R. L. Callaway in J. Harrelson-Stephens (ur.), *Exploring International Human Rights: Essential Readings* (str. 1–3). Boulder & London: Lynne Rienner Publishers, Inc.
6. Eisenmann, J. C. (2004). Physical activity and cardiovascular disease risk factors in children and adolescents: an overview. *Canadian Journal of Cardiology*, 20 (3), 295–301.
7. Gervis, M. in Dunn, N. (2004). The emotional abuse of elite child athletes by their coaches. *Child Abuse Review*, 13 (3), 215–223.
8. Ghaye, T., Lee, S., Shaw, D. J. in Chesterfield, G. (2009). When winning is not enough: Learning through reflections on the »best-self«. *Reflective Practice*, 10 (3), 385–401.
9. Hosta, M. (2007). *Etika športa: Manifest za 21. stoletje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, Inštitut za šport.
10. Kreft, L. (2003). Vzgoja telesa in filozofija športa. V D. Macura in M. Hosta (ur.), *Filozofija športa: zbornik* (str. 7–15). Ljubljana: Fakulteta za šport, Enajsta Akademija.
11. Léglise, M. (1998). Limits on young gymnasts' involvement in high-level sport. *Technique*, 18 (4), 8–13.
12. Nussdorfer, V. (2014). Otrokove pravice kot ogledalo ravni demokratične in humane družbe: spremna beseda. V I. Jager Agius (ur.), *Otrokove pravice v Sloveniji: od normativnih standardov do učinkovitega varstva: Zbornik ob 25-letnici Konvencije o otrokovih pravicah*, uredila, (str. XIII–XVI). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV, Ministrstvo za zunanje zadeve Republike Slovenije.
13. Owen, H. in Hughes, L. (2009). Introduction. V L. Hughes in H. Owen (ur.), *Good Practice in Safeguarding Children* (str. 7–10). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
14. Owen, H. (2009). From protection to safeguarding: Bringing you up to date on statutory responsibilities. V L. Hughes in H. Owen (ur.), *Good Practice in Safeguarding Children*, (str. 11–24). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
15. Papaefstathiou, M., Rhind, D. in Brackenridge, C. (2013). Child protection in ballet: experiences and views of teachers, administrators and ballet students. *Child Abuse Review*, 22 (2), 127–141.
16. Pavlovič, Z. in Sardoč, M. (2003). Otrokove pravice, participacija učencev in šolski parlament v Sloveniji. *Šolsko polje*, 14 (5/6), 137–150.
17. Roberts, C., Tynjälä, J. in Komkov, A. (2004). Physical activity. V C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, idr. (ur.), *Young People's Health in Context: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study* (str. 90–97). Copenhagen, Danska: World Health Organization, Regional Office for Europe.
18. Tan, J., Bloodworth, A., McNamee, M., in Hewitt, J. (2012). Investigating eating disorders in elite gymnasts: Conceptual, ethical and methodological issues. *European Journal of Sport Science*, 14 (1), 60–68.
19. Timpka, T., Finch, C. F., Goulet, C., Noakes, T. in Yammine, K. (2008). Meeting the Global Demand of Sports Safety: The Intersection of Science and Policy in Sports Safety. *Sports Medicine*, 38 (10), 795–805.
20. Tomson, L. M., Pangrazi, R. P., Friedman, G. in Hutchison, N. (2003). Childhood depressive symptoms, physical activity and health related fitness. *J Sport Exerc Psychol* 25 (4), 419–439.



21. Vojnovič, L. (2010). *Otrokove pravice v Sloveniji: raziskava o njihovem varstvu, promociji in izobraževanju*. Ljubljana: Media Forum, Center za javno komuniciranje.
22. *Zakon o varstvu osebnih podatkov (uradno prečiščeno besedilo)*. (2007). Uradni list RS, št. 94 (16. 10. 2007). Pridobljeno 20. 10. 2015, s <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200794&stevilka=4690>.
23. Zurc, J., Rhind, D. in Lang, M. (2014). Safeguarding children from violence and abuse in Slovenian sport. V M. Lang in M. Hartill (ur.), *Safeguarding, child protection and abuse in sport: international perspectives in research, policy and practice* (str. 78–87). London & New York: Routledge (Routledge research in sport, culture and society).
24. Zurc, J. (2010). The price behind the beauty of the Olympic performance in women's artistic gymnastics during the period 1972–1988. V C. Brackenridge in D. Rhind (ur.), *Elite child athlete: international perspectives* (str. 118–126). London: Brunel University.

# Komunikacijske ovire oseb z okvaro sluha pri uporabi storitev zdravstvenega varstva

UDK 614.2-056.263

**KLJUČNE BESEDE:** gluhi in naglušni, zdravstveno varstvo, komunikacijske ovire

**POVZETEK** - Osebe z okvaro sluha so lahko v zdravstvu zaradi svoje ranljivosti prikrajšane. Slab sluh povzroča težave pri sporazumevanju, socialno odrinjenost, depresivnost, funkcionalni upad, več je tudi padcev. S podaljšanjem življenjske dobe se je povečal delež ljudi s starostno izgubo sluha, torej se med uporabniki zdravstvenega varstva število oseb z okvaro sluha povečuje. Zdravstveni delavci pogosto pozabljajo, kako pomembna je ustrezna komunikacija z osebo, ki ima okvaro sluha. Zaradi premajhne ozaveščenosti ne poznajo ustreznih načinov komunikacije. Namen prispevka je ugotoviti specifične komunikacijske ovire gluhih in naglušnih uporabnikov zdravstvenega varstva, njihove izkušnje z zdravstvenim varstvom in predstaviti možne načine, kako bi stroka zdravstvene nege lahko izboljšala dostopnost zdravstvenega varstva ter pomagala zagotoviti njihovo enakopravnost in bolj kakovostno obravnavo. Uporabljena je deskriptivna metoda dela. Izvedena je presečna študija. V raziskavi so sodelovali polnoletni gluhi in naglušni uporabniki storitev zdravstvenega varstva – člani društev gluhih in naglušnih po Sloveniji. V raziskavi je sodelovalo 90 anketirancev ( $N = 90$ ). Anketiranci menijo, da so informacije s strani zdravstvenih delavcev v povprečju razumljene le delno. Le 17,5 % anketirancev meni, da zdravstveni delavci govorijo dovolj razločno in primerno hitro.

UDK 614.2-056.263

**KEY WORDS:** deaf and hearing impaired, healthcare, communication barriers

**ABSTRACT** - The deaf and hearing impaired people are sensorily disabled persons, who daily face communication barriers, which may result in insufficient healthcare services, troubles in communication, being socially pushed away, depressed, suffering from functional decline and larger amount of falls. Along with ageing of the population, the percentage of elderly people with hearing impairment is increasing, and consequently, the number of hearing impaired healthcare users is increasing as well. The purpose of the paper is to obtain an insight into the communication barriers of deaf and hearing impaired healthcare users, their experience with healthcare, and to present the possible ways, how could the expertise improve the accessibility of healthcare treatment and its quality for these people. We used the descriptive method of work for the research and a cross-sectional study. The population chosen for this the study were the adult deaf and hearing impaired healthcare users, members of different societies of the deaf and hearing impaired across Slovenia. There were 90 participants. The results show that on the average, the amount of information given by health professionals to the respondents, is only partially comprehended. Just 17.5% of respondents think that healthcare professionals speak clearly and evidently enough. The majority of respondents is moderately satisfied.

## 1 Teoretična izhodišča

Današnji čas je obdobje velikih družbenih sprememb; te so v veliki meri posledica razvoja političnih, gospodarskih in prebivalstvenih dejavnikov. Zaradi leta trajajočega zniževanja rodnosti, zmanjševanja smrtnosti oziroma daljšega trajanja življenja se posebej v razvitem svetu – in to evropske družbe so – srečujemo s pospešenim procesom staranja prebivalstva ter s spremembami in težavami, ki so s tem povezane (Vertot, 2010).

Staranje prebivalstva je novejši demografski pojav, ki ima številne pomembne posledice. Le te se kažejo v vseh porah družbe (Malačič, 2008). Ena izmed posledic je neenakost v zdravju posameznikov in zdravstvenem varstvu, ki postaja za javno zdra-

vstvene profesionalce, zdravstvene delavce, politike in celotno družbo vedno bolj zaskrbljujoča in potrebna velikih ukrepov (Barnett et al., 2011a). V vsaki družbi obstajajo manjše skupine ljudi (podskupine), ki so na različne načine zapostavljene. Ena takih skupin so tudi osebe z okvaro sluha (gluhi in naglušni) (Barnett et al., 2011b). Slabši sluh zmanjša socialno vključenost posameznika (Vestergaard in Andersen-Ranberg, 2013) in kakovost življenja ter pospeši izgubo telesnih zmožnosti (Vestergaard in Andersen-Ranberg, 2013).

S podaljšanjem življenjske dobe se je povečal tudi delež ljudi s starostno izgubo sluha (Grošelj, 2011). Sluh s starostjo peša iz različnih vzrokov. Starostna naglušnost narašča od 60. in 65. leta naprej. 33% vseh upokojencev v Združenem kraljestvu navaja težave s sluhom in 80% tistih, ki so stari 80 let in več (Bowker, 2006). Slab sluh povzroča težave pri sporazumevanju, socialno odrinjenost, depresivnost, funkcionalni upad, več je tudi padcev. Polovici tistih, ki slabše slišijo, je mogoče pomagati s slušnimi aparati, ki so med starejšimi precej uporabljani. Ko se sluh slabša, se najprej izgubi občutljivost za visoke frekvence, kasneje še za nizke, oboje pa lahko spremlja šumenje v ušesih. V hrupnem okolju starejši težje razločijo o čem se govori (Grošelj, 2011).

Zaradi slabšega sluha, se starejši ljudje vsakodnevno srečujejo s komunikacijskimi ovirami. Eden izmed problemov izgube sluha je slaba informiranost, saj so trajno izolirani iz sliščega okolja. Javni mediji (radio in televizija) niso dostopni tej populaciji tako kot sliščim. Slišče osebe lahko preko televizije in radia spremljajo informativne, izobraževalne, razvedrilne in druge vsebine. Gluhi in naglušni informacij po tej poti ne morejo dobiti, ker povedanega ne slišijo. Zato je pomembno, da se pripravljajo informacije na njim prilagojen način, saj se jim tako omogoča nediskriminacijo, vključenost v družbo, enake možnosti in dostopnost (Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije, 2010a). Poleg zgoraj omenjenih problemov, pa Dean in Powell (2009) navajata, da je veliko primerov, ko so osebe z okvaro sluha v čakalnici spregledane in posledično zamudijo svoj obisk pri zdravniku, saj ne slišijo kdaj jih medicinska sestra povabi naprej.

Ovire, ki jih osebe z okvaro sluha pri uporabi zdravstvenega varstva najpogosteje navajajo, so:

- neenakost v dostopu do zdravstvenih informacij;
- obravnava oseb z okvaro sluha kot z umsko manj zreli in manj inteligentnimi;
- izguba zaupanja in občutek izoliranosti;
- nezmožnost branja z ustnic zaradi prehitrega govorjenja ali uporabe zaščitnih mask;
- nerazumevanje glede prejemanja potrebne terapije ter stranskih učinkov;
- neustrezna razlaga in priprava pacienta na različne preiskave;
- nezmožnost odzvati se na klic v čakalnici (Iezzoni et al., 2004).

Kako torej omogočiti osebam z okvaro sluha ustrezno vključenost in kakovostno obravnavo, da bodo deležni informacij, ki so za njih pomembne, da bodo čim bolj kakovostno obravnavani v sistemu zdravstvenega varstva in da bo njihovo zadovoljstvo z zdravstveno obravnavo večje?

### *1.1 Gluhota kot vrsta invalidnosti v Sloveniji in v svetu*

Po klasifikaciji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) je gluhotična ena najtežjih invalidnosti. Lahko rečemo, da je gluhotična ali naglušnost nevidna motnja, ki je ljudje na prvi pogled ne opazijo. Pride pa do izraza takrat, ko stopimo v kontakt z gluhim človekom. Zaradi okvare sluha imajo gluhi in naglušni največje težave pri sporazumevanju z okoljem, v katerem živijo, se izražajo, ustvarjajo, delajo ali preživljajo prosti čas. Sporazumevalne ovire, nezmožnost vključevanja v okolje zaradi okvare ali popolne izgube sluha so vzrok raznim oblikam socialne izključenosti (Tabaj, 2010a).

Gluhost in naglušnost pa ni le telesna (anatomska in fizična) poškodba, ampak vključuje tudi psihično pomanjkanje slušnega doživljanja, kar ima številne posledice: somatske, psihične in socialne ter posledice pri glasovno-jezikovni komunikaciji med sogovorniki. Vse negativne posledice na mentalnem in socialnem področju doživljanja so izražene v njihovi individualni oviranosti ali stigmati in habitusu gluhih in naglušnih oseb. »Surdološki sindrom« in »gluha stigma ali habitus« sodita med kompleksne pojave pri gluhih in naglušnih oseb. Le-ti se odražajo na telesni, psihični in socialni ravni življenja ljudi s poškodovanim organom sluha (Tabaj, 2010a).

Po podatkih Svetovne zveze gluhih (World Federation of the Deaf) za leto 2005 je imelo v svetu približno 278 milijonov ljudi zmerno do močno okvaro sluha, med njimi jih je 80 % živel v državah z nizkim in s srednjim dohodkom (Statistični urad republike Slovenije, 2010).

Po podatkih SZO, posodobljenih februarja 2014, pa ima izgubo sluha več kot 5 % svetovnega prebivalstva – 360 milijonov ljudi (328 milijonov odraslih in 32 milijonov otrok). Približno ena tretjina ljudi nad 65 let ima izgubo sluha. Prevalenca v tej starostni skupini je največja v južni Aziji, v Pacifiški Aziji in podsaharski Afriki (WHO, 2014a).

V Evropski uniji (EU) po ocenah trpi za lažjo ali težjo obliko invalidnosti vsak šesti prebivalec, med starejšimi od 75 let pa jih trpi za določeno vrsto invalidnosti več kot tretjina (WHO, 2014b). Obseg gluhotične je odvisen od starosti človeka, ko se je gluhotična pojavila. Med mladimi je delež gluhih oseb v EU nižji. Približno 45 % prebivalcev, ki so starejši od 60 let, ima okvaro sluha (Statistični urad republike Slovenije, 2010).

V Sloveniji ima približno 10 % prebivalcev okvaro sluha. Po podatkih Zveze društev gluhih in naglušnih Slovenije je bilo na dan 6. 9. 2013 registriranih 5309 članov društev (13) po Sloveniji. Od tega je bilo 2643 žensk in 2592 moških, pri 74 članih pa spol zaradi neznanih razlogov ni bil določen. Ocenjujejo pa, da je v Sloveniji okoli 2.000 gluhih in 50.000 naglušnih oseb; okoli 50.000 jih nosi slušne aparate. Ker se s staranjem naglušnost in gluhost človeka povečujeta, se zaradi staranja prebivalstva v Sloveniji povečuje tudi število te vrste invalidnih oseb pri nas (Statistični urad republike Slovenije, 2010).

### *1.2 Komunikacija z gluhi in naglušni v sistemu zdravstvenega varstva*

Za kakovostno obravnavo vsakega posameznika v sistemu zdravstvenega varstva je pomemben v pacienta usmerjen pristop, kar pomeni, da je pacient vedno v središču

pozornosti. Za dosego le-tega je pomembna učinkovita komunikacija med pacientom in zdravstvenim delavcem, kar pa pri osebah z okvaro sluha pogosto predstavlja velik problem. V sodobnem času je komunikacija med zdravstvenimi delavci in pacienti z okvaro sluha daleč od tega ideala (Iezzoni et al., 2004). Zdravstveni delavci pogosto pozabljamo, kako pomembna je ustrezna komunikacija z osebo z okvaro sluha. Kljub temu, da se morda nekateri zavedajo pomembnosti tega, pa zaradi premajhne ozaveščenosti ne poznajo načinov komunikacije z osebami z okvaro sluha oziroma ne znajo pravilno pristopiti. Posledično prihaja pri osebah z okvaro sluha do nerazumevanja ali napačnega razumevanja podanih informacij, nezadovoljstva in slabšega zdravstvenega stanja, kar pa predstavlja velik problem v sodobni družbi (Barnett et al., 2011a).

Večina oseb z okvaro sluha si želi, da bi ob vsakem obisku pri zdravniku imeli isto medicinsko sestro in zdravnika. Z njima bi vzpostavili učinkovito komunikacijo in to bi bistveno zmanjšalo stres pri osebah z okvaro sluha (Dean in Powell, 2009). Ena izmed velikih prednosti bi bila tudi ta, da bi zdravstveni delavci poznali nekaj osnovnih izrazov znakovnega jezika. Dejstvo pa je, da zelo malo zdravstvenega osebja razume znakovni jezik. Zato se komunikacija med zdravstvenim osebjem in osebo z okvaro sluha najpogosteje opira na posrednika, ki je najpogosteje družinski član ali tolmač (Reeves in Kokoruwe, 2005).

## 2 Metodologija

### 2.1 Nameni in cilji raziskovanja

Z raziskavo smo želeli ugotoviti specifične komunikacijske ovire gluhih in naglušnih uporabnikov zdravstvenega varstva, njihove izkušnje z zdravstvenim varstvom in identificirati možne načine, kako bi stroka zdravstvene nege (v sodelovanju z drugimi strokami) lahko izboljšala dostopnost zdravstvenega varstva ter pomagala zagotoviti njihovo enakopravnost.

### 2.2 Raziskovalna vprašanja

V nadaljevanju so predstavljena raziskovalna vprašanja.

*RV1:* Ali imajo večje težave pri uporabi zdravstvenega varstva mlajše ali starejše osebe z okvaro sluha?

*RV2:* Ali zdravstveni delavci (po mnenju oseb z okvaro sluha) govorijo dovolj razločno in primerno hitro?

*RV3:* Ali so informacije, ki jih osebe z okvaro sluha pridobijo od zdravstvenih delavcev pravilno razumljene?

### 2.3 Raziskovalne metode

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. V raziskavi je kot strategija uporabljena presečna študija, za katero je značilno, da pojav opazujemo samo na eni točki v določenem času. Pregledali in analizirali smo domačo in tujo strokovno literaturo. Litera-

turo smo iskali s pomočjo vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov COBIB. SI in podatkovnih baz CINAHL, Medline plus, Centers for Disease Control (CDC) in s pomočjo spletnega brskalnika Google učenjak. Za iskanje smo uporabili naslednje ključne besede: gluhi in naglušni, komunikacija, ovire, zdravstvena nega (deaf and hard of hearing, communication, barriers, health care).

#### *2.4 Izbrana populacija in vzorec*

Izbrana populacija so polnoletni gluhi in naglušni uporabniki zdravstvenega varstva – člani društev gluhih in naglušnih po Sloveniji. Po podatkih Zveze društev gluhih in naglušnih Slovenije je bilo dne 6. 9. 2013 registriranih 5309 članov 13-ih društev po Sloveniji. V raziskavo so vključene le polnoletne gluhe in naglušne osebe, ki so članice posameznih društev. Izpoljenih je bilo 90 anketnih vprašalnikov; vseh 90 je bilo tudi upoštevanih v statistični obdelavi. Ob tem smo izpustili velik del gluhih in naglušnih uporabnikov zdravstvenega varstva (tiste, ki niso vključeni v posamezna društva), ti pa so morda še bolj izpostavljeni obravnavani problematiki.

Za vzorčenje smo uporabili kvotni vzorec, vendar realizacija vzorca ni stoodstotna, zato so rezultati omejeno posplošljivi.

#### *2.5 Instrument raziskave*

Instrument, s katerim so bili zbrani podatki, je anketni vprašalnik, ki smo ga razvili sami. Anketni vprašalnik vsebuje pet sklopov, v katerih je različno število vprašanj. V prvem sklopu so vprašanja, ki se nanašajo na izkušnje gluhih in naglušnih s sistemom zdravstvenega varstva. V drugem sklopu so odgovori na vprašanja, kje najpogosteje pridobivajo zdravstvene informacije in ali jim društva nudijo dovolj opore v tej smeri. V tretjem sklopu so vprašanja, ki se nanašajo na tolmačenje v Sloveniji. V zadnjih dveh sklopih pa je možnost podajanja predlogov za izboljšanje in demografski podatki. V anketnem vprašalniku je bila uporabljena Likertova merska lestvica; glede na tip vprašanj pa so vprašanja zaprtega, odprtega tipa (2 vprašanja) in stopnjevane alternative.

#### *2.6 Obdelava podatkov*

Podatke, ki smo jih dobili z anketiranjem, smo statistično obdelali s programom SPSS 21.0. Nato smo s pomočjo programa SPSS 21.0 za vsa vprašanja izračunali opisne statistike (minimum, maksimum, povprečje, standardno napako, standardno deviacijo, koeficient asimetrije, koeficient sploščenosti), frekvence in odstotke (procente, veljavne procente in kumulativne procente). Porazdelitve podatkov smo preverjali grafično s histogrami, računsko s koeficientom asimetrije in koeficientom sploščenosti ter s Kolmogorov-Smirnov in Shapiro-Wilk testom. Pri nekaterih vprašanjih smo izračunali srednje vrednosti (aritmetična sredina, mediana). Razlike med dvema skupinama smo preverjali z neparametričnim Mann-Whitneyevim U testom. Preverjanje enakih verjetnosti pa je potekalo s hi-kvadrat neparametričnim testom.

Zadnja štiri vprašanja (v anketnem vprašalniku), ki se nanašajo na demografske podatke, smo preverjali grafično s stolpičnim diagramom. To so vprašanja, ki se nanašajo

na spol (opisna spremenljivka – dihotomka), status zaposlenosti (opisna spremenljivka – dihotomka), stopnjo izobrazbe (opisna spremenljivka – urejenostna) in starost (številska spremenljivka). Anketiranci so svojo starost zapisali v letih. Zato je bilo potrebno najprej oblikovati starostne skupine. Oblikovali smo jih osem (predstavljene so v poglavju rezultati). Starost anketirancev smo nato vnesli v starostne skupine in predstavili s pomočjo stolpčnega diagrama in opisno.

### 3 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 90 anketirancev ( $n = 90$ ) 5-ih različnih društev gluhih in naglušnih po Sloveniji, toliko je bilo tudi v celoti izpolnjenih anketnih vprašalnikov.

V raziskavi je sodelovalo 42 moških (46,7 %) in 48 žensk (53,3 %). V raziskavo so bili vključeni anketiranci različnih starosti. Vsi so polnoletni. Oblikovali smo osem starostnih skupin. V starostni skupini od 18 do 20 let so 3 anketiranci (3,3 %), v starostni skupini od 21 do 30 let je 19 anketirancev (21,1 %), v starostni skupini od 31 do 40 let je 14 anketirancev (15,6 %), v starostni skupini od 41 do 50 let je 11 anketirancev (12,2 %), v starostni skupini od 51 do 60 let je 14 anketirancev (15,6 %), v starostni skupini od 61 do 70 let je 14 anketirancev (15,6 %), v starostni skupini od 71 do 80 let je 13 anketirancev (14,4 %) in v starostni skupini od 81 do 90 let sta vključena 2 anketiranca (2,2 %).

Za analizo težav smo uporabili vprašanja o izkušnjah, in sicer 7 trditev ter splošno oceno zadovoljstva z zdravstvenim varstvom. V nadaljevanju so prikazane težave pri uporabi zdravstvenega varstva glede na starost.

Slika 1: Težave pri uporabi zdravstvenega varstva glede na starost



Lestvica odgovorov: 1 – Popolnoma se strinjam ... 5 – Sploh se ne strinjam

Pregled povprečnih rangov kaže, da imajo v večini primerov večje težave (nižja vrednost rangov) starejši. Na področju splošnega zadovoljstva z zdravstvenim varstvom med mlajšimi in starejšimi ni statistično značilnih razlik – pri obeh skupinah je največji delež še kar zadovoljnih.

Največji delež anketirancev se le delno strinja s trditvijo, da zdravstveni delavci govorijo nerazločno in prehitro (39 %). S trditvijo se strinja 35 %, ne strinja pa se 27 % anketirancev. Ker podatki niso porazdeljeni normalno, smo kot ustrezno srednjo vrednost uporabili mediano ( $Me = 3$ ), ki potrjuje zgornji rezultat.

Na osnovi predstavljenih rezultatov odstotkov in aritmetične sredine zaključujemo, da so informacije, podane s strani zdravstvenih delavcev, v povprečju razumljene le delno. Le 13,8 % anketirancev podane informacije razume pravilno. Le 17,5 % anketirancev meni, da zdravstveni delavci govorijo dovolj razločno in primerno hitro. Le pri 28,1 % so zdravstveni delavci obrnjeni k pacientu in ne stran od njega med pogovorom. In le pri 26,6 % zdravstveni delavci nimajo zakritih ust med pogovorom.

## 4 Razprava

V raziskavi je delež žensk nekoliko večji od moških, vendar je razlika zelo majhna. To pa seveda ne pomeni, da je v Sloveniji več gluhih in naglušnih žensk kot moških, saj je veliko takih, ki v društva niso vključeni in nimamo točnega podatka o deležu vseh gluhih in naglušnih žensk in moških v Sloveniji. Skela Savič in sod. (2010) navajajo, da se številčnost starejšega prebivalstva v svetu letno poveča za 2,6 % in narašča hitreje kot pri ostalih starostnih skupinah prebivalstva. Menimo, da je s staranjem prebivalstva vedno več ljudi, ki sluh izgubijo v pozni starosti. Ti morda sploh ne vedo, da društva za gluhe in naglušne obstajajo. Za osebe, ki so celo življenje slišale informacije iz zunanjega sveta in so normalno komunicirale, lahko predstavlja izguba sluha v pozni starosti toliko večji problem, saj se poleg vseh problemov, ki so povezani s staranjem, naenkrat znajdejo še v svetu tišine. Perušek in sod. (2013) so mnenja, da staranje prebivalstva predstavlja izziv v današnji družbi v vseh zdravstveno izobraževalnih institucijah, ministrstvih in vladi.

Na podlagi raziskovalnega vprašanja »Ali imajo večje težave pri uporabi zdravstvenega varstva mlajše ali starejše osebe z okvaro sluha« pridobimo podatek, da imajo v večini primerov starejši večje težave. Ta podatek je bil pričakovan, saj so mlajše generacije bolj sposobne prilagajanja okolju. Petek Šter in Kersnik (2004) navajata, da se obravnava starostnikov razlikuje od obravnave mlajše populacije po vsebini, čas posveta je daljši, obiski v ambulanti pa so pogostejši.

Na področju splošnega zadovoljstva z zdravstvenim varstvom med mlajšimi in starejšimi (v naši raziskavi) ni pomembnih razlik. Pri obeh skupinah je največji delež še kar zadovoljnih. O slabšem zadovoljstvu gluhih in naglušnih z zdravstvenim varstvom poročajo tudi nekateri tuji avtorji. V nadaljevanju so navedena le nekatera mnenja.



»Pri osebah z okvaro sluha prihaja do nerazumevanja ali napačnega razumevanja podanih informacij, nezadovoljstva in slabšega zdravstvenega stanja, kar pa predstavlja velik problem v sodobni družbi (Barnett idr, 2011a).«

»Uporabniki zdravstvenih storitev z okvaro sluha izražajo nižje zadovoljstvo s kakovostjo zdravstvene obravnave in bolj otežen dostop do različnih zdravstvenih informacij v primerjavi s slišječimi uporabniki zdravstvenih storitev (Iezzoni et al., 2004).«

»Učinkovite komunikacijske strategije v zdravstvu so bistvene za izboljšanje zadovoljstva in zdravstvene pismenosti oseb z okvaro sluha. Na ta način bodo bolj opremljeni za prevzemanje ali vzdrževanje pozitivnega zdravstvenega stanja (Schiavo, 2007, cit. po Smith idr., 2012).«

Od večšin za komuniciranje s pacienti, še posebej s starimi in z njihovimi svojci, je odvisen z ene strani uspeh zdravljenja, z druge pa ugled zdravstva in zdravstvenih poklicev, saj je znano, da na zadovoljstvo ljudi z zdravstveno ustanovo in njenim osebjem zelo vpliva dejstvo, kako zna osebe komunicirati z njimi (Ramovš, 2010).

Iz pridobljenih rezultatov raziskave lahko ugotovimo, da zdravstveni delavci (po mnenju oseb z okvaro sluha) govorijo prehitro in nerazločno. Zato se predlog anketirancev o poučevanju zdravstvenega osebja o ustrezni komunikaciji z osebami z okvaro sluha zdi smiseln. Kot posledica nerazločnega in prehitrega govorjenja zdravstvenih delavcev se pojavi nerazumevanje ali napačno razumevanje informacij. Slednji problem je bil tudi obravnavan v naši raziskavi. Informacije, podane s strani zdravstvenih delavcev, so v povprečju razumljene le delno. Iz analize raziskovalnega vprašanja je razvidno tudi, da le v polovici primerov osebe z okvaro sluha pridobijo informacije tudi v pisni obliki. Želeli bi si, da bi bil ta odstotek bistveno večji, saj bi na ta način veliko pripomogli k bolj kakovostni in celostni obravnavi gluhih in naglušnih oseb v sistemu zdravstvenega varstva.

Vsi ti podatki nas lahko spodbudijo k razmišljanju, da je to področje potrebno velikih sprememb, saj število starejšega prebivalstva iz leta v leto narašča, s tem pa narašča tudi število oseb z okvaro sluha (Grošelj, 2011).

Kot je razvidno tudi iz izvedene raziskave se osebe z okvaro sluha vsakodnevno srečujejo z različnimi komunikacijskimi ovirami pri uporabi zdravstvenega varstva. Njihove izkušnje z zdravstvenim varstvom bi lahko bile bistveno boljše. Kakovost pridobljenih zdravstvenih informacij pa je vprašljiva. Vse te trditve so razlog za nezadovoljstvo oseb z okvaro sluha pri uporabi zdravstvenega varstva in neenakopravno obravnavo v sistemu zdravstvenega varstva. Kakšna je pri tem torej vloga medicinske sestre in kaj lahko na tem področju naredi stroka zdravstvene nege?

Na makro ravni lahko zdravstveni sistem in Ministrstvo za zdravje znatno prispevata k zmanjševanju neenakosti v zdravju, ki je posledica dostopnosti in koriščenja zdravstvenih storitev, vključno s preventivnimi in z drugimi javnozdravstvenimi programi. Obenem bi bilo smiselno naglušnim osebam zagotoviti cenovno ugodne, a kljub temu kakovostne slušne aparate. Mezo raven se nanaša na televizijske medije, kjer je zagotavljanje enakovrednega dostopa za gluhe in naglušne osebe povezano z dodatnimi sredstvi in vlaganji v tehnologijo, zato gluhih osebam v Sloveniji to možnost trenutno

ponuja le slovenska javna televizija (Klepec, 2007). V okviru Zveze društev gluhih in naglušnih Slovenije deluje spletna televizija, ki osebam z okvaro sluha med drugim posreduje pomembne zdravstvene informacije.

Morda bi bilo smiselno študente zdravstvenih strok že v času študija čim bolj ozaveščati o problemih povezanih z izgubo sluha pri starejših ljudeh in jih poučevati ustreznih načinov komunikacije.

Osebe z okvaro sluha bi si želele, da bi bilo na vidnem mestu zabeleženo, da je oseba gluha ali naglušna, da zaradi preslišanja informacij ne pride do nepotrebnega čakanja (na primer v čakalnici). Ta podatek bi lahko bil zabeležen na kartici zdravstvenega zavarovanja (KZZ). Ob predložitvi KZZ bi zdravstveno osebje to takoj zaznalo in bi osebo z okvaro sluha od vsega začetka ustrezno obravnavalo.

Kot posamezniki, na mikro ravni, pa lahko največ naredimo s tem, da čim bolj zgodaj prepoznamo naglušnost pri starostniku, ga spodbudimo za obisk ustreznega specialista ter ga nato ves čas poučujemo o pomembnosti nošenja slušnega aparata, za bolj kakovostno življenje in ga pri tem ves čas spodbujamo.

Pomembno je, da si za gluhega človeka, ki pride v ambulanto ali bolnišnico, vzamemo čas, smo z njim potrpežljivi, govorimo razločno, počasi, si ne zakrivamo ust in smo spoštljivi. Zagotovimo mu tudi možnost prejema razumljivih informacij v pisni obliki. Na koncu je vedno smiselno preveriti, ali in koliko prejetih informacij je oseba z okvaro sluha razumela. Vse zgoraj omenjeno je lahko ključ za kakovostno obravnavo osebe z okvaro sluha za doseganje visoke stopnje zadovoljstva in pozitivnega zdravstvenega stanja.

## LITERATURA

1. Barnett, S., McKee, M., Smith, S. R. in Pearson, T. A. (2011a). Deaf sign language users, health inequities, and public health: Opportunity for social justice. *CDC*, 8 (2), 1–6.
2. Barnett, S., Klein, J. D., Pollard, R. Q. idr. (2011b). Community participatory research with deaf sign language users to identify health inequities. *Am J Public Health*, 101 (12), 2235–2238.
3. Bowker, L., Price, J. in Smith, S. (2006). *Oxford Handbook of Geriatric Medicine*. Oxford University Press, 590–591, 598–599.
4. Dean, R. in Powell, S. (2009). Being deaf can be bad for your health. *Practice Nursing*, 20 (10), 486–488.
5. Grošelj, A. (2011). Naglušnost. Prva zdravstvena asistenca. Pridobljeno 25. 8. 2015, s pza.si/clanek/naglusnost\_1.aspx.
6. Iezzoni, L. I., O Day, B. L., Killeen, M. in Harker, H. (2004). Communicating about health care: Observations from persons who are deaf or hard of hearing. *Ann Intern Med*, 140 (5), 356–362.
7. Klepec, V. (2007). Problemi implementacije priporočenih skupnih evropskih politik – primer resolucije o znakovnih jezikih za gluhe (Magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 59–70.
8. Malačič, J. (2008). Socialnoekonomske posledice staranja prebivalstva. *Zdrav Vestn*, 77, 793–798.
9. Perušek, A., Zurc, J. in Skela Savič, B. (2013). Komunikacija in kakovost odnosov med medicinsko sestro in starostniki v patronažnem varstvu. *Obzor Zdrav Neg*, 47 (3), 253–259. Petek Šter, M. in Kersnik, J. (2004). Obravnavo starostnika v družinski medicini. *Zdrav Vestn*, 73, 767–71.

10. Ramovš, J. (2010). Medgeneracijska vzgoja, osnova za učinkovito gerontološko in geriatrično izobraževanje zdravstvenih strokovnjakov. V S. Hvalič Touzery, B. M. Kaučič in M. Kocijančič (eds.), *Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege: strokovni posvet z učnimi delavnicami z mednarodno udeležbo*, Ljubljana, 21. in 22. junij, 2010: zbornik prispevkov z recenzijo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 9–16.
11. Reeves, D. in Kokoruwe, B. (2005). Communication and communication support in primary care: A survey of deaf patients. *Audiological medicine*, 3 (2), 95–107.
12. Schiavo, R. (2007). *Health communication: From theory to practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 16–8.
13. Skela Savič, B., Zorc, J. in Hvalič Touzery, S. (2010). Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzor Zdr N*, 44 (2), 89–100.
14. Statistični urad republike Slovenije (2010). Pridobljeno 12. 11. 2013, s [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=3606](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3606).
15. Skela Savič, B., Zorc, J. in Hvalič Touzery, S. (2010). Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzor Zdr N*, 44 (2), 89–100.
16. Tabaj, A. (2010a). Standardi usposabljanj in znanj za prilagoditve delovnih mest. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Direktorat za invalide, 22–30. Pridobljeno 23. 9. 2014, [http://www.ir-rs.si/f/docs/Razvojni\\_center\\_za\\_poklicno\\_rehabilitacijo/Standardi\\_znanj\\_za\\_prilagoditve\\_delovnih.pdf?irrs\\_admin=jnj3mren2s1na2mqicb9l6p8i4](http://www.ir-rs.si/f/docs/Razvojni_center_za_poklicno_rehabilitacijo/Standardi_znanj_za_prilagoditve_delovnih.pdf?irrs_admin=jnj3mren2s1na2mqicb9l6p8i4).
17. Vertot, N. (2010). *Starejše prebivalstvo v Sloveniji*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Pridobljeno 25. 8. 2015, s <http://www.stat.si/doc/StarejsePrebivalstvo.pdf>. Vestergaard, S. in Andersen-Ranberg, K. (2013). Hearing impairment and adverse outcomes among Europeans. A. Borsch-Supan idr. (ur.): *Active ageing and solidarity between generations in Europe. First results from SHARE after the economic crisis* 225–32. Berlin: De Gruyter.
18. Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije (2010a). Pridobljeno 12. 11. 2013, s <http://www.zveza-gns.si/zakonodaja>.
19. World Health Organization (2014a). Deafness and hearing loss. Pridobljeno 23. 9. 2014, s <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>.
20. World Health Organization (2014b). Disability. Pridobljeno 30. 11. 2014, s <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/areas-of-work/disability>.
21. Jolliffe, L. (2007). *Tea and Tourism: Tourists, Traditions, Transformations*. Channel View Publications.
22. Kemper, J., Vohra, S. in Walls R. (2008). The Use of Complementary and Alternative Medicine in Pediatrics. *Pediatrics* 122 (6), 1374–1386. Pridobljeno 23. 8. 2015, s <http://pediatrics.aappublications.org/content/122/6/1374>.
23. Kennedy, J., Wang, C. C. in Wu, C. H. (2008). Patent Disclosure about Herb and Supplement Use Adults in the US. *Evid Based Complement Alternat Med*, 5 (4), 451–456. Pridobljeno 23. 9. 2015, s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2586312/>.
24. Kreitzer, M. J. in Koithan, M. (2014). *Integrative nursing*. London: Oxford.
25. Loya, A. M., Gonzalez-Stuart A. in Rivera J. O. (2009). Prevalence of polypharmacy, polyherbacy, nutritional supplement use and potential product interactions among older adults living on the US-Mexico Border: a descriptive, questionnairebased study. *Drugs Aging* 25: 423–436. Pridobljeno 25. 9. 2015, s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19552494>.
26. National Center of Complementary and Alternative medicine: What is CAM?. Pridobljeno 23. 9. 2015, s <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>.
27. Raal, A., Volmer, D., Sõukand, R., Hratkevits, S. in Kalle, R. (2013). Complementary Treatment of the Common Cold and Flu with Medicinal Plants – Results from Two Samples of Pharmacy Customers in Estonia. Pridobljeno 23. 9. 15, s <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0058642#authcontrib>.
28. Rivera, J. O., Loya, A. M. in Ceballo, R. (2013). Use of Herbal Medicines and Implications for Conventional Drug Therapy Medical Sciences. *Alter Integ Med*, Julij, 17. Pridobljeno 22. 9. 2015, s <http://www.esciencecentral.org/journals/use-of-herbal-medicines-and-implications-for-conventional-drug-therapy-medical-sciences-2327-5162.1000130.php?aid=15819>.

# Častni pokrovitelj simpozija

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije



## Sponzorja

Krka, d. d., Novo mesto



Marand d.o.o., Ljubljana



www.bilobil.si

**Bilobil<sup>®</sup> 120<sub>mg</sub>**  
trde kapsule

Gingko bilobae folii extractum siccum  
60 trdih kapsul  
za peroralno uporabo

zdravilo rastlinskega izvora

IZBOLJŠANA PREKRIVITEV

Bilobil vsebuje izvleček iz listov Gingko bilobae.

**Bilobil<sup>®</sup>**  
Vaš um v vrhunski formi.

www.krka.si

Pred uporabo natančno preberite navodilo!

O tveganju in neželenih učinkih se posvetujte z zdravnikom ali s farmacevtom.



## Think!MED Clinical™ informacijski sistem za večjo varnost pacienta in učinkovitost bolnišnic

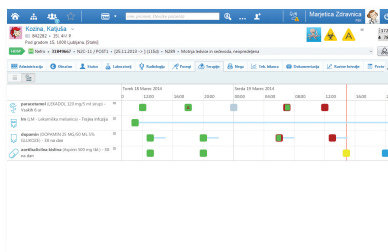
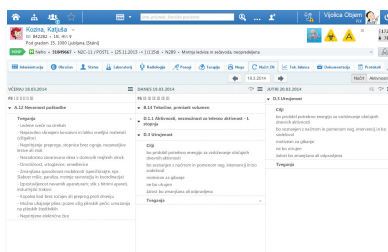
Think!Med™ – klinični informacijski sistem smo v Marandu zasnovali na moderni in standardizirani infrastrukturi (Think!EHR™ Platform), v tesnem sodelovanju z izkušnimi mednarodnimi strokovnjaki s področja informatike, medicine in farmacije.

Zdravniki in medicinsko osebje uporabljajo Think!Med™ za hiter in enostaven dostop do vseh bolnikovih kliničnih podatkov. Skupaj z vgrajenim sistemom za obveščanje, elektronskim kartonom pacienta, elektronskim terapijskim listom in sistemom za podporo odločanju, Think!Med™ zagotavlja celovito sliko o stanju posameznega pacienta, dostop do relevantnih kliničnih informacij in priporočila za nadaljnje zdravljenje.

Tako je zagotovljena višja kakovost procesa zdravljenja, večja varnost in kratkotrajnejša obravnava bolnikov.

### Ključne funkcionalnosti Think!Med™

- Elektronsko predpisovanje in potrjevanje zdravil
- Modul za načrtovanje zdravstvene nege in izvajanje plana
- Modul zdravstvene nege
- Elektronski Temperaturni list
- Elektronski karton
- Mobilna verzija aplikacije Think!Med™ namenjena za uporabo na tablicah in pametnih telefonih





## **FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE NOVO MESTO**

**vas v študijskem letu 2016/2017 vabi k  
vpisu v naslednje študijske programe:**

### **ZDRAVSTVENA NEGA**

dodiplomski študijski program

### **VZGOJA IN MENEDŽMENT V ZDRAVSTVU**

magistrski študijski program

### **EDUKACIJA IN MENEDŽMENT V ZDRAVSTVU**

doktorski študijski program

#### **INFORMACIJE:**

**<http://fzv.vs-nm.si>**

**+386 (0)7 393 00 17**