



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

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA
Zbornik prispevkov

HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT
Conference Proceedings

Mednarodna znanstvena konferenca
International Scientific Conference

Novo mesto, 16. november 2017

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

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA

HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT

Zbornik prispevkov
Conference Proceedings

Mednarodna znanstvena konferenca
International Scientific Conference
16. november 2017

Novo mesto 2018

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA
HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT

Izdala in založila/Publisher ©

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

Uredila/Editor

Dr. Nevenka Kregar Velikonja

Recenzirali/Peer Reviewers

Andreja Draginc, dr. Karmen Erjavec, dr. Bojana Filej, Gorazd Laznik, mag. Ljiljana Leskovic,
dr. Vladka Lešer, dr. Teuta Murati, dr. Barbara Rodica, 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

100 izvodov / 100 Issues

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

616-08(082)(086.034.44)

CELOSTNA obravnava pacienta [Elektronski vir] = Holistic approach to the patient : zbornik prispevkov = conference proceedings : mednarodna znanstvena konferenca = international scientific conference, 16. november 2017 / [uredila Nevenka Kregar Velikonja]. - Novo mesto : Fakulteta za zdravstvene vede = Faculty of Health Sciences, 2018

ISBN 978-961-94392-0-3

1. Vzp. stv. nasl. 2. Kregar-Velikonja, Nevenka
294046464

VSEBINA / CONTENTS

UVODNI REFERATI

- Dr. Mirjana Ule* 9
Spremembe življenjskega poteka: strategije obvladovanja novih tveganj in negotovosti
Changes in the Life Course: Strategies of Coping with New Risks and Uncertainties
- Dr. Marijana Neuberg, dr. Goran Kozina, dr. Tomislav Meštrović* 19
Sigurnost osoba starije dobi u zdravstvenim i socijalnim institucijama - preduvjet kvalitetne skrbi
Safety of Older People in Health and Social Institutions - Precondition for Quality Care
- Dr. Milena Kramar Zupan* 35
Analiza uvajanja sistema kakovosti v slovenskem zdravstvu
Analysis of the Quality System Introduction in Slovenian Health Care
- Dr. Vesna Zupančič* 44
Integrirana oskrba v Evropi in Sloveniji: koncept, definicije in primeri dobre prakse
Integrated Care in Europe and Slovenia: Concept, Definitions and Examples of Good Practice

REFERATI

- Nana Ambrož, Robert Sotler* 54
Vpliv zakonodaje na obravnavo pacienta v NMP
Impact of Legislation on Patient Care in Emergency Medical Service
- Mag. Tatjana Badrov, Ivana Jurković, Mateja Višak* 61
Osposobljenost studenata sestrinstva za komunikacijo na engleskom jeziku
Competence of Nursing Students to Communicate in English
- Anita Bandelj, mag. Boris Miha Kaučič* 71
Posledice padcev starejših oseb v domačem okolju
Consequences of Falls among Older People in Home Environment
- Aljaž Božič, Igor Karnjuš* 79
Stališča reševalcev do uporabe mehanskih naprav za zunanjo masažo srca
Paramedics' Attitudes towards Using Mechanical Devices for External Cardiac Massage
- Vesna Brumnić, Nada Čajkovac, Mateja Znika* 87
Edukacija pacijenata s križoboljom
Education of Patients with Lower Back Pain

| | |
|--|-----|
| <i>Dr. Irena Ceglar</i> | 97 |
| Vključevanje ljudi z intelektualno oviro v skupnost s podporo delovnega terapevta Integration of People with Intellectual Disability into a Community with the Support of an Occupational Therapist | |
| <i>Nada Čajkovic, Vesna Brumnić, dr. Dubravka Šimunović</i> | 106 |
| Somatski-psiho-socio-semiotički okvir paradigme holističkej skrbi za pacijenta Somato-Psycho-Socio-Semiotic Frame of the Paradigm of the Holistic Care of the Patient | |
| <i>Metka Černoša, mag. Boris Miha Kaučič</i> | 112 |
| Stališča dijakov zdravstvene nege do staranja in starejših ljudi Views of Nursing Care Students on Ageing and Older People | |
| <i>Mag. Andreja Četina</i> | 120 |
| Kakovost življenja odraslih z motnjo v duševnem razvoju Quality of Life of Adults with Intellectual Disability | |
| <i>Dr. Karmen Erjavec, Katja Kropc</i> | 126 |
| Jezikovne ovire v zdravstvu Language Barriers in Health Care | |
| <i>Eliška Fialová, Andrea Škarvadová</i> | 134 |
| Euthanasia Evtanazija | |
| <i>Dr. Branko Gabrovec, dr. Marjetka Jelenc</i> | 141 |
| Menedžment krhkosti in projekt skupnega ukrepanja Advantage Management of Frailty and Joint Action Advantage | |
| <i>Martina Golob</i> | 147 |
| Pacientova pravica do informiranosti The Patient's Right to Being Informed | |
| <i>Dr. Malči Grivec</i> | 157 |
| Trg zdravil in izdatki za zdravila Medicine Market and Expenditure for Medicines | |
| <i>Dr. Marjetka Jelenc, dr. Branko Gabrovec</i> | 174 |
| Pomen pravilne polifarmakoterapije pri obvladovanju starostne krhkosti The Importance of Appropriate Polypharmacotherapy in the Management of Frailty | |
| <i>Mag. Stjepan Jelica, Vesna Brumnić, dr. Iva Šklempe - Kokić</i> | 180 |
| Neurofeedback u motoričkim i kognitivnim oštećenjima kod djece s teškoćama u razvoju Neurofeedback in Motor and Cognitive Impairments in Children with Disabilities | |
| <i>Dr. Mojca Jevšnik, Tjaša Mlakar, Andreja Mihelič Zajec</i> | 188 |
| Učinkovitost orodja za spodbujanje higijene rok v domu starejših občanov Efficiency of Nudging for Improving Hand Hygiene in Nursing Homes for Older People | |
| <i>Tihomir Jovanović, Božica Lovrić, Sabina Cviljević</i> | 197 |
| Upučenost spremačica u temeljna načela čišćenja i dezinfekcije Adeptness of Cleaners for Basic Principles of Cleaning and Disinfection | |

| | |
|---|-----|
| <i>Dr. Katarina Kacjan Žgajnar, Robert Hajdu, dr. Martina Oder</i> | 202 |
| Analiza ergonomskih obremenitev pri delu v diagnostičnem laboratoriju Analysis of Ergonomic Load at Work in a Diagnostic Laboratory | |
| <i>Maruša Kebe, Amalija Sazonov, dr. Anamarija Zore</i> | 210 |
| Preprečevanje tetanusa ob poškodbi s cepljenjem v Sloveniji Preventing Tetanus Infection with Immunisation in Slovenia | |
| <i>Dr. Ivana Kmetič, dr. Teuta Murati, mag. Marina Miletić</i> | 220 |
| Primjena kultura stanica u toksikološkim ispitivanjima Application of Cell Cultures in Toxicity Testing | |
| <i>Kleopatra Kodrič, Munira Pejić, Andreja Zupanc</i> | 229 |
| Skrb za mentalno zdravje zaposlenih v zdravstvu Care for Mental Health of Employees in Health Care | |
| <i>Kristina Koler, dr. Barbara Rodica</i> | 240 |
| Z raziskovanjem opozarjati na kakovost življenja bolnikov s psoriazio Using Research to Give Notice on the Quality of Life of Psoriasis Patients | |
| <i>Martina Kop, Andreja Draginc</i> | 251 |
| Vloga medicinske sestre pri hranjenju pacienta po možganski kapi The Role of a Nurse in Feeding a Patient after a Stroke | |
| <i>Lea Kosednar</i> | 260 |
| Bolnišnične okužbe, strah, trepet ali obvladljiv problem v zdravstvu? Hospital Infections, Fear, Quiver, or a Manageable Problem in Healthcare? | |
| <i>Mag. Radoslav Kosić, Anja Ašenbrener, Gordana Lavić Kosić</i> | 266 |
| Utjecaj religije i duhovnosti na fizičko i mentalno zdravlje bolesnika The Impact of Religion and Spirituality on Physical and Mental Health of Patients | |
| <i>Mihaela Kranjčević - Ščurić, Ivica Ščurić, Ivana Živoder</i> | 280 |
| Komunikacija u kontroli bolničkih infekcija - iskustvo rehabilitacijskog centra Communication in the Hospital Infection Control - Rehabilitation Center Experience | |
| <i>Dr. Nevenka Kregar Velikonja, Polona Vizlar</i> | 286 |
| Zdravstveni delavci v sistemu zagotavljanja biobančništva popkovnične krvi Healthcare Workers in the System of Providing Cord Blood Biobanking | |
| <i>Aljaž Kren, Uroš Zafošnik, Robertina Benkovič</i> | 298 |
| Obravnava nujnih stanj v zdravstvu – učenje s pomočjo simulacij Treatment of Emergency Situations in Health Care – Simulation-Based Learning | |
| <i>Irma Kumer</i> | 308 |
| Poklicna identiteta učiteljev in zdravstvenih delavcev Professional Identity of Teachers and Healthcare Professionals | |
| <i>Gorazd Laznik, dr. Barbara Rodica</i> | 316 |
| Digitalizacija zdravstvene nege z avtomatsko določitvijo kategorizacije Digitalisation of Nursing Care with Automatic Determination of Categorisation | |
| <i>Mag. Ljiljana Leskovic, Simona Bratuša</i> | 326 |
| Prednosti timskega vodenja v zdravstveni negi The Advantages of Team Leadership in Nursing | |

| | |
|--|-----|
| <i>Božica Lovrić, Tihomir Jovanović, Sabina Cviljević</i> | 334 |
| Znanje i implementacija načela prevencije infekcije kod i. v. primjene lijeka Knowledge and Implementation of the Principles for Preventing Infection during Intravenous Administration of Medications | |
| <i>Dr. Blaž Mlačak, Tanja Mišmaš, Mira Brodarič</i> | 341 |
| Odkrivanje predkliničnih oblik ateroskleroze Detection of Preclinical Atherosclerosis | |
| <i>Drita Mustafai, dr. Vladka Lešer</i> | 348 |
| Preprečevanje okužb v enoti intenzivne terapije – primer dveh bolnišnic Prevention of Infections in an Intensive Care Unit – an Example of Two Hospitals | |
| <i>Mag. Iva Olivová</i> | 356 |
| Aging and Ageism or Let Us Not be Afraid of Getting Old Staranje in predsodki do starejših ali naj nas ne bo strah se starati | |
| <i>Urška Oprčkal, dr. Darja Thaler</i> | 363 |
| Meditacija s čuječnostjo in empatija v zdravstveni negi Mindfulness Meditation and Empathy in Nursing | |
| <i>Ines Osvald, Martina Bizjak</i> | 371 |
| Družina in družinska terapija pri mladostnici z anoreksijo Family and Family Therapy in Adolescent Girls with Anorexia | |
| <i>Natalija Ovčar Groboljšek, mag. Andreja Hrovat Bukovšek, Bernarda Žagar</i> | 380 |
| Vloga medicinske sestre pri pacientkah z gestacijskim diabetesom The Role of a Nurse in Patients with Gestational Diabetes | |
| <i>Tatjana Pavlin</i> | 391 |
| Timski pristop k celostni obravnavi otroka in mladostnika Team Approach to the Holistic Treatment of Children and Adolescents | |
| <i>Mag. Lenka Pevná</i> | 394 |
| Specific Nursing Care of Patients Suffering from Alzheimer's Dementia Posebna zdravstvena nega za bolnike z Alzheimerjevo dem | |
| <i>Polona Podlesnik</i> | 403 |
| Primer dobre prakse: praktično usposabljanje v Nemčiji Example of Good Practices: Practical Training in Germany | |
| <i>Peter Predovič</i> | 408 |
| Prehranska priporočila za paciente na hemodializnem zdravljenju Food Recommendations for Patients on Haemodialysis Treatment | |
| <i>Dr. Alenka Rožanec, dr. Sebastian Lahajnar</i> | 417 |
| Kako ogroženi so naši zdravstveni podatki in kako izboljšati njihovo varnost How Endangered are Our Health Data and How to Enhance their Security? | |
| <i>Gordana Rožman</i> | 426 |
| Nastanek in uporaba standardov v zdravstveni negi Creating and Implementing Standards in Nursing Care | |
| <i>Monika Sadar</i> | 434 |
| Zdravstvena pismenost dijakov zdravstvene nege v jugovzhodni Sloveniji Health Literacy of Students in Nursing School in Southeast Slovenia | |

| | |
|--|-----|
| <i>Mag. Natalija Sevčnikar</i> | 443 |
| Stališča študentov do inkluzivnega visokošolskega izobraževanja gibalno oviranih Attitudes of Students towards Inclusive Higher Education of Students with Physical Disabilities | |
| <i>Dr. Damjan Slabe, Eva Dolenc, mag. Nevenka Ferfila</i> | 450 |
| Ravnanje voznikov motornih vozil s kompletom prve pomoči po preteku roka uporabe Motor Vehicle Drivers' Handling of First Aid Kit after Its Expiration Date | |
| <i>Mag. Nataša Sovič Kirm</i> | 458 |
| Strah pred govornimi aktivnostmi v tujem jeziku Fear of Speech Activities in a Foreign Language | |
| <i>Mag. Sanja Stanisavljević, Dušanka Tadić</i> | 467 |
| Prevenција i tretman neželjenih efekata biološke terapije Reumatoidnog artritisa Prevention and Treatment of Side Effects of Biological Therapy for Rheumatoid Arthritis | |
| <i>Andreja Šanc, mag. Boris Miha Kaučič</i> | 476 |
| Percepcija duhovnosti in duhovne oskrbe starostnika z vidika izvajalcev zdravstvene nege Perception of Spirituality and Spiritual Treatment of Older People through the Eyes of the Nursing Staff | |
| <i>Dragana Terzić Marković, Jovana Mijić, Goran Stojanović</i> | 483 |
| Intervencije medicinske sestre i zadovoljstvo bolesnika radom službe kućnog lečenja Interventions of Nurses and Patient Satisfaction with the Home Care Service | |
| <i>Dr. Milica Vasiljević Blagojević, dr. Marijana Neuberg, dr. Nevenka Kregar Velikonja</i> | 490 |
| Stavovi studenata zdravstvenih studija o odlasku iz zemlje – uporedna analiza Srbija, Hrvatska, Slovenija Attitude of Students of Health Sciences on Leaving the Country – Comparative analysis of Serbia, Croatia and Slovenia | |
| <i>Dr. Zdenka Zalokar Divjak</i> | 498 |
| Krepitev osebnosti medicinske sestre za dober odnos s pacienti Strengthening the Nurse's Personality for a Good Relationship with Patients | |
| <i>Primož Žlak, Mojca Saje</i> | 506 |
| Mnenje medicinskih sester o uporabnosti računalniških programov na področju zdravstvene nege Opinion of Nurses on Applicability of Computer Programs in Nursing Practice | |

Spremembe življenjskega poteka: strategije obvladovanja novih tveganj in negotovosti

UDK 316.728+331.5

KLJUČNE BESEDE: individualizacija, destandardizacija, življenjski prehodi, obvladavalne strategije

POVZETEK - V prispevku predstavljamo učinke velikih ekonomskih, socialnih in demografskih sprememb v pozni moderni na življenje ljudi. Te spremembe se izražajo v novih načinih oblikovanja identitet, stilov življenja, karier in odnosov. Novi načini so predvsem rezultat velikih sprememb na trgu dela – pri zaposlovanju, v partnerskih in družinskih razmerjih, v izobraževanju. Spremembe na trgu dela izjemno spremenjajo načrtovanje delovne kariere in s tem odraslosti. Življenjski potek je postal stvar individualne izbire in kreacije. Obenem pa individualizacija življenjskega poteka zahteva večjo pripravljenost za sprejemanje tveganih odločitev v poslovnem in vsakdanjem življenju, sposobnost ljudi, da »poskrbijo sami zase«. To terjajo tudi spremembe politik, ki pomagajo ljudem premagovati življenjske probleme in stiske od otroštva do starosti.

UDC 316.728+331.5

KEY WORDS: individualisation, destandardisation, life transitions, coping strategies

ABSTRACT - In the article we will discuss the effects of great economic, social, and demographic changes on everyday life and life courses of individuals in the late modernity. Mainly the changes are displayed in the new ways of identity formation, lifestyles, careers, and relationships. These new ways are chiefly the result of great changes in the labour market and employment, in partnership and family relations, as well as in education. Changes in the labour market strongly influence the career planning and transitions to adulthood. Individual life course has become increasingly optional; it is a personal creation. At the same time, the individualisation of life courses demands greater readiness of people to accept risky decisions in business and in everyday life, and a greater ability of people to "take care of themselves". Individualisation of life courses also demands appropriate changes of policies that may help people to overcome life problems and their distresses from childhood to old age.

1 Družbeni vidiki zdravja in bolezni

Še nekaj desetletij nazaj so se zdravstvene analize ukvarjale predvsem z medicinskimi dejavniki tveganja za posamezno bolezen. Povezovanje značilnosti življenjskega poteka ljudi z njihovim zdravjem se je zdelo onkraj dometa zdravstva. S pomikanjem družboslovne znanosti v socialno epidemiologijo, ko epidemiologija postane pozorna na ugotovitve družbenih ved, se pokaže pomembna povezava med družbenim položajem ljudi in njihovim zdravjem (Bartley, 2004). Pokazalo se je, da niti medicina niti genetika ne moreta razložiti, zakaj je zdravje v neki državi boljše, kot v drugi, zakaj se spreminja življenjska doba, zakaj se spreminja narava bolezni. Teh razlik tudi ne moremo razložiti samo z medicinskimi dejavniki. Novejše študije kažejo, da so vzrok mnogih zdravstvenih težav predvsem družbeni pogoji življenjskega poteka ljudi (Wilkinson, 2002). Večanje razlik v zdravju po eni strani in hkrati rast povprečja pričakovane življenjske dobe na drugi strani govori o tem, da se zdravstveno stanje ljudi izboljšuje pri določeni populaciji, ne pa pri vseh. Rezultati raziskav kažejo, da na

zdravje ne delujejo absolutni življenjski standardi neke družbe, ampak razlike znotraj družbe (Ule, 2003).

Študije kvalitete življenja in blaginje so pokazale, da med razvitimi državami najboljše zdravje in dobro počutje ni značilno za najbogatejše države, ampak predvsem za tiste, ki imajo najmanjše razlike med bogatimi in revnimi. To potrjujejo analize socialno demografskih sprememb v času, ki kažejo zanimivo povezavo med spremembami neenakosti v posameznih družbah in kazalniki zdravja v teh družbah (Wilkinson, 2002). Najnovejši podatki o samomorih in prometnih nesrečah kažejo, kako hitro se zdravje ljudi odziva na slabšanje gospodarskega položaja. V Evropi se je stopnja samomorilnosti od leta 2007 močno povečala. Največji porast beležimo v tistih državah, ki jih je recesija najbolj prizadela (Ule in Kamin, 2012). Spremembe smrtnosti sovpadajo s spremembami brezposelnosti in negotovostjo, povezano s strahom pred izgubo zaposlitve.

Revni ljudje v razvitih družbah imajo letno stopnjo smrtnosti dvakrat do štirikrat večjo kot bogati ljudje v isti državi (Wilkinson, 2002). To kaže, kako pomembni so socialni in ekonomski vplivi na zdravje ljudi. V Sloveniji, na primer, je bila prezgodnja umrljivost v obdobju od 2004 do 2008 v občinah s slabšim socialnoekonomskim stanjem (občine severovzhodne Slovenije, predvsem Ormož, Lenart, Laško, Sevnica in Metlika) tudi do 60 odstotkov višja kot v občinah z boljšim (občine osrednje in zahodne Slovenije, predvsem Ljubljana, Kranj, Škofja Loka, Vrhnika, Koper, Piran). Umrljivost zaradi možgansko-žilnih bolezni (npr. možganska kap, možganska krvavitev) in umrljivost zaradi samomora pa sta bili višji skoraj za dvakrat (Buzeti idr., 2011, str. 31–33).

Ljudje z nižjo izobrazbo in iz nižjih socialnih slojev razpolagajo z manj psihološkimi viri in tehnikami obvladovanja emocionalnega stresa. »Ne le, da so življenjski problemi neenakomerno porazdeljeni med socialnimi skupinami in skupnostmi, temveč je jasno, da so tudi sposobnosti za razreševanje teh problemov neenako porazdeljene« (Angermeyer, 1987). Pri tem pa se je treba paziti neupravičenih posploševanj iz teh ugotovitev. Pogosta so namreč enostranska sklepanja, da ljudje zaradi tega, ker ne obvladajo ustreznih strategij za spopad s kriznimi in obremenilnimi situacijami, padejo v nižji socialni sloj, ki je zato bolj prizadet z obremenilnimi dogodki kot srednji sloj in višji sloj. Takšno sklepanje je le še ena verzija »opravičevanja« neenakosti v družbah z različnimi »sposobnostmi ljudi«. Bolj je upravičena nasprotna domneva, da pride do neenake porazdeljenosti obvladovanih ravnanj pri različnih socialnih slojih in skupinah zaradi neenakih obremenitev s kriznimi situacijami (Ule in Kamin, 2012).

V razmerju med zdravjem in življenjskim standardom se kaže še en zanimiv paradoks. V bogatih družbah ima izboljšanje življenjskega standarda majhen vpliv na zdravje. Ko življenjski standard doseže prag, ki zagotavlja osnovno preživetja za vse, možnost države ne vpliva več na temeljno zdravje ljudi. Ta točka označuje epidemiološko tranzicijo, ko infekcijske bolezni odstopijo prostor boleznim »obilja« (npr. raku in degenerativnim boleznim) kot najpogostejšim vzrokom smrti (Ule, 2012). Bolezen »bogatih« postane bolezen revnih v bogatih državah.

Wilkinson (2002) pa celo ugotavlja, da imajo psihološke posledice neenakosti v bogatih državah večjo pojasnjevalno moč slabega zdravja kot sam materialni položaj ljudi. Razlike v zdravju v razvitih državah so po njegovem mnenju predvsem posledica doživljanja krivičnosti zaradi razlik med položaji v družbenoekonomski hierarhiji. Povedano drugače: ni toliko pomembno, kje se človek v resnici nahaja, temveč, kako vidi svoj položaj glede na druge. Slabo zdravje je po njegovem mnenju predvsem posledica občutkov socialne nepravilnosti, negotovosti in neobvladljivosti lastnega življenja, občutkov da si na družbenem dnu in s tem povezanega majhnega samospoštovanja.

Vsa ta spoznanja so v zadnjih dveh desetletjih povečala zanimanje za družbene determinante zdravja. Nekateri celo govorijo o »družbeni epidemiologiji«, ki zdravje obravnava širše kot tradicionalne epidemiološke študije, torej s širšim naborom družbenih kazalnikov, da bi bolje razložili razlike v zdravju med posamezniki in med skupinami (Berkman in Kawachi, 2000; Ule, 2012). Povečala se je tudi potreba po celostni obravnavi pacientov, ki upošteva širši nabor kazalnikov, tudi socialne dimenzije življenja, ki pomembno vplivajo na to, da zbolimo in tudi da se pozdravimo. V članku bomo zato predstavili en vidik družbenih dejavnikov, ki posredno ali neposredno vplivajo na zdravje ljudi. Razpravljali bomo o učinkih velikih ekonomskih, socialnih in demografskih sprememb v zadnjih desetletjih na življenjske poteke ljudi, ki povzročajo nove negotovosti in stiske v vodenju življenja, kar seveda vpliva tudi na zdravje in počutje ljudi.

2 Individualizacija življenjskega poteka in odgovornosti za vodenje življenja

Življenjski potek pomeni časovno organiziranost našega življenja. Pomeni pot posameznice ali posameznika skozi življenjski cikel od rojstva do smrti. Ko raziskujemo življenjski potek, preučujemo družbene vzorce tega potovanja in posamična pričakovanja, odločitve, smeri gibanja. Življenjski potek deluje na presečišču treh časovnih dimenzij: biografskega, socialnega in zgodovinskega časa. Življenjski potek posameznika v veliki meri določajo družbene razmere v nekem zgodovinskem času, ki dajejo smernice tako za posamični biografski potek kot za socialno razvrščanje ljudi. Pojem življenjskega poteka je tako hkrati psihološki – nanaša se na spremembe v posameznikovi biografski izkušnji in identiteti ter socialni vključenosti skozi življenje ter sociološki – nanaša se na družbene, institucionalne strukturne spremembe v socialnem in zgodovinskem času, ki vplivajo na življenjski potek ljudi (Buchmann, 1989).

Če so vzorci življenjskih potekov normirani in se opaža malo odklonov od predpisanih standardov, rutin in tradicionalnih norm, jim pravimo standardni ali »modalni« življenjski poteki (Hagestad, 1997). Modalni življenjski poteki imajo dvojni pomen. Po eni strani konstituirajo družbeno priznane in sprejete biografije posameznikov, jim dajejo socialno podporo in odobravanje ter jih varujejo pred negotovostmi in tveganji. Obenem pa jih omejujejo predvsem v njihovi inovativnosti in kreativnosti ter omejujejo svobodo izbire. V zadnjih nekaj desetletjih pa je na področju življenjskih potekov

prišlo do velikih sprememb. Standardizacijo življenjskih potekov je zamenjal proces individualizacije. Ljudi v načrtovanju življenja ne vodijo več vnaprej predpisani scenariji. Scenarije si sedaj lahko pišemo sami.

Individualizacija in izbira življenjskih potekov so osrednji pojmi, ki jih je v minulih dveh desetletjih razvila družboslovna znanost, da bi si razložili strukturne spremembe v življenju ljudi v sodobnih družbah (Kohli, 1994; Heinz idr., 2009). S pojmom izbira in individualizacija življenjskega poteka mislimo na procese, za katere je značilno zmanjševanje vloge kolektivnih pripadnosti, rutin in tradicij ter povečanje individualne odgovornosti za vodenje in usmerjanje življenjskega poteka. V klasični moderni so se rojstvo, družina, poklic, odnosi oblikovali v skladu s tradicijo, normami, generacijsko in socialno pripadnostjo. V sodobni moderni pa si vsak za sebe dejavno prizadevamo za doseganje in ohranjanje družbenega položaja, zaposlitve, kariere, partnerskih in družinskih odnosov in to v konkurenci z drugimi, ki se prav tako trudijo doseči te položaje in se uveljavljati z njimi.

Ne izbiramo ali odločamo se na podlagi tradicij, norm, socialne pripadnosti, niti ne na podlagi socializacijskih izkušenj ali generacijske primerjave. Izbiramo in odločamo se na podlagi trenutnih priložnosti in zmožnosti. Tako rekoč prisiljeni smo k individualnemu, osebnemu stilu življenja, dela, učenja. Zato se moramo nenehno potrjevati in promovirati na trgu dela, izobraževanja, partnerskih odnosov. Če tega ne zmoremo, slej ko prej pademo iz konkurenčnega boja za mesta v izobraževalnem sistemu, za kreativna delovna mesta, za dobre pozicije na trgu partnerskih in medosebnih odnosov, za doseganje visoke kakovosti življenja. (Beck in Beck - Gernsheim, 2002).

Od vseh nas se vse bolj pričakuje, da bomo razumno izbrali ustrezno šolo, ustrezno obliko zdravstvenega zavarovanja, shemo pokojninskega varčevanja, čeprav veliko oziroma vse več ljudi tega preprosto ne zmore, ker ima za to premalo informacij, ker so globalne institucije postale nepregledne in neobvladljive. Spremenila so se delovna razmerja. V preteklosti so igrali delodajalci neke vrste vlogo skrbnika za svoje podrejene. Človek je vstopil v podjetje s predpostavko, da bo tam ostal vse življenje. Izguba trajnega delovnega mesta vzporedno z razvojem individualiziranega trga dela pomeni tudi prekinitev razmerij lojalnosti in delovne varnosti.

Individualizacija življenjskih potekov pomeni torej prelaganje družbenih zahtev, odgovornosti, nadzorovanj in urejevanj na posameznike. Vendar to ne pomeni, da se ljudje zato osamosvajajo od zunanjega nadzora in družbenih omejitev. Individualizirani posamezniki smo vsestransko odvisni od trga dela, izobraževalnih in socialnih ustanov, pravnih uredb, prometnih ureditev, urbanističnih rešitev, mode, zdravstvenih, psiholoških, pedagoških nasvetov. To nas dela dejansko bolj odvisne od družbenih struktur in mehanizmov, kot je to veljalo za posameznike v tradicionalni industrijski družbi. Individualizacija je zato protisloven družbeni proces, ki nosi v sebi tako možnost osvobajanja od tradicionalnih odvisnosti in podrejenosti kot tudi nove, morda še hujše odvisnosti od nevidnih zahtev trgov (dela, znanja, identitet), v katerih naj bi se izkazali kot sposobni igralci (Beck in Beck - Gernsheim, 2002; Ule, 2014).

K odločilnim znakom procesa individualizacije sodi tudi to, da individualizacija zahteva, ne le omogoča, aktivno sodelovanje ljudi. Ti se morajo nenehno organizirati in

improvizirati, si postavljati cilje, prepoznavati ovire, prenašati poraze in poskušati nove začetke. Potrebujemo miselno prožnost, stabilnost, čustveno trdnost in frustracijsko toleranco. Z nevarnostmi, negotovostmi in tveganji, ki so bile prej regulirane v okviru družine, stanovskih pravil ali družbenih razredov, moramo danes, v času individualizirane družbe, znati upravljati posamezniki sami, pri čemer smo zaradi visoke kompleksnosti vseh institucij komaj sposobni nujnih odločitev. Družbene institucije so namreč organizirane na predpostavki pristojnih subjektov, ki se zmorejo individualno odločati tako, da obvladajo kompleksne družbene razmere in se izognejo negativnim posledicam svojih odločitev.

Te spremembe vse bolj ovirajo dolgoročno načrtovanje in vodenje življenja. Hkrati pa se prav v teh zelo kompleksnih razmerah pričakuje in zahteva, da smo ljudje zmožni in pristojni načrtovati in voditi življenjski potek. Tako nastajajo nove vrste socialne odvisnosti posameznikov in nove strategije delovanja. Problematični sta predvsem dve novi strategiji (Ule, 2008):

- Prva strategija je vse bolj površinsko dojemanje problemov. To pomeni, da probleme zaznavamo le na ravni določenih simptomov, ne zmoremo pa uvideti njihovega temeljnega vzroka, zato tudi rešujemo samo trenutne, vidne simptome, ne pa izvorov težav.
- Druga strategija pa je fragmentacija življenja, interesnih sfer, da doživljamo življenje kot kolaž nepovezanih področij, na katerih delujemo. Ta strategija je neposredno povezana z vse večjim pritiskom ponudbe trga, medijev, porabe, ki nam ponujajo vedno nove dejavnosti, smernice, usmeritve, stile in vse manj možnosti za vodenje dolgoročnih življenjskih strategij mimo trenutnih ponudb na trgu.

Tako prihaja do povsem novih oblik odvisnosti in družbenih neenakosti - neenakosti na osnovi znanj, kompetenc, pristojnosti. Če je bila revščina prej »usoda razreda«, je sedaj postala individualizirana, osebna usoda. Predvsem pa se nove oblike revščine kažejo v čustvenih, kognitivnih, medosebnih primanjkljajih. Nova revščina se kaže v izgubi samospoštovanja in osebnega dostojanstva, občutkih osebne krivde za svoj neugodni življenjski položaj (Ule, 2014). Posameznik tako ostaja brez ekonomskega, socialnega, kulturnega in psihološkega kapitala, s katerim bi se lahko zoperstavil potiskanju na družbeni rob. Zato so »novi revni« globalno socialno odvisni, obenem pa tudi globalno izločeni iz večinske družbe in kulture (Leskošek, 2012). Ne gre primarno za zavestno diskriminacijo revnih slojev s strani dominantnih družbenih skupin, temveč bolj za odrezanost teh slojev od glavnih družbenih in kulturnih tokov.

Ljudje, ki se znajdejo v novih oblikah revščine, loči od tradicionalnih nižjih slojev v industrijskih družbah predvsem odsotnost specifičnih »delavskih« subkultur in socialnih mrež, ki so ljudem nižjih družbenih slojev ponujale različne oblike solidarnostne pomoči in podpore ter jim dajale vsaj vtis kolektivne moči. To pomeni, da socialno ogroženim in izključenim manjkajo pomembni dejavniki socialnega imunskega sistema, namreč viri skupinske izkušnje »sedenja v istem čolnu«. Ena od posledic tega stanja je tudi večja socialna in zdravstvena ogroženost.

3 Krizni življenjski dogodki ter strategije obvladovanja

Številne raziskave po Evropi, tudi v Sloveniji, kažejo naraščanje obsega in teže problemov v vodenju življenja ter tveganj, ki jih prinaša reševanje teh problemov. Spreminja se tudi register vzrokov zanje. Vzroki so namreč vse težje ugotovljivi. Skrivajo se v disperzni mreži lokalnih in globalnih okoliščin, na katere posameznik lahko zelo malo vpliva, vendar hkrati mora nekaj storiti, sicer se vsa teža posledic zvrne nanj. To dogajanje ima svojo izrazito temno plat; ljudje namreč postajamo vse bolj preobremenjeni z družbenimi konflikti in nasprotji, ki se zdaj vse bolj neposredno lomijo na nas brez »socialnih odbijačev«, kakršni so bili v prejšnjih obdobjih modernizacije na primer vmesne institucije, kot so družina, vrstniki, razredna zavest in pripadnost. Zato tveganja dojemamo posamično kot posamične krize in ne kot učinke procesov, ki so zunaj osebnih dometov. Izguba zaposlitve je tako videti kot posledica lastne nesposobnosti, neuspeh v šoli kot posledica lenobe ali pomanjkanja prizadevanja. Tudi socialne izključenosti ne razumemo kot objektivnega stanja stvari, temveč kot občutek pomanjkanja moči, da bi lahko spremenili svojo situacijo.

Ljudje izgubljam zaupanje v racionalnost sveta, za katerega se lahko ustrezno pripravimo s pravo vzgojo in šolanjem. Zato se povečuje nezaupanje do ljudi, javnih institucij, države, sveta in življenja. Svet vse bolj doživljamo kot sovražen, izkoriščevalski, nasilen in vse bolj tuj. Življenje doživljamo kot nepravično in nepredvidljivo. To vse spodkopava občutek življenjske suverenosti ljudi. Takole nam je dejala intevjuvanka v naši raziskavi o življenjskih potekih in prehodih: »Nikomur ne zaupam. Enkrat sem pojedla preveliko količino tablet, vendar so me pravočasno našli. Ko sem to naredila, mi ni bilo do življenja. Vse mi je šlo narobe. Imela sem toliko problemov. Prepričana sem bila, da jih ne bom mogla nikoli rešiti, zato se mi je zdelo najbolje, da »naredim konec««(Ule, 2008).

Raziskave življenjskih potekih so potrdile, da igrajo težave v življenjskih prehodih pomembno vlogo pri nastanku raznih telesnih in duševnih motenj in bolezni (Heinz idr., 2009). Po raziskavah stresnih življenjskih dogodkov dolgotrajni krizni dogodki najbolj vplivajo na nastanek depresivnih duševnih stanj, na razne oblike (kroničnega) strahu, pa tudi na samomorilnost in nastanek težjih duševnih obolenj, na primer shizofrenije (Antonowsky, 1997). Značilen odgovor ljudi na povečanje tveganj in negotovosti v življenju je porast življenjskega »demoraliziranja«. Gre za sklop stališč in drž, ki jih označuje občutek nemoči, nedoločenih strahov in slabega temeljnega razpoloženja. Neustrezne možnosti za predelavo stresnih situacij se kažejo na primer v pojavih odvisnosti in pripravljenosti za nasilne obračune. Nasilje postane strategija reševanja težav praviloma tedaj, ko ni na voljo drugih vzorcev za njihovo obvladanje.

Posledica teh regresivnih pojavov so tudi okrepljeni občutki osamljenosti oziroma socialne izključenosti. Vendar pri osamljenosti ne gre le za subjektivne psihološke doživljaje, temveč za bolj kompleksno krizo smisla življenja. Biti osamljen, pomeni neko socialno odpoved, zato se sodobni ljudje tako množično zatekajo v virtualne svetove novih tehnologij. Osamljenost delimo na socialno in čustveno. Socialna osamljenost pomeni pomanjkanje socialnih stikov posameznika z drugimi in pomanjkanje socialne

vklučenosti. Druga pa pomeni odsotnost čustvene navezanosti posameznika na druge ljudi. Čustveno osamljenost označujejo občutki zavrženosti, praznosti, strahu in tesnobe. Socialno osamljenost pa zaznamujejo občutki dolgočasje, brezcilnosti življenja in marginalnosti posameznika (Cotterell, 1996).

Vsota obremenilnih dogodkov, ki jih mora človek obvladati v določenem obdobju življenja, je splošna obremenitev človeka v tem življenjskem obdobju. Odvisna je od tveganosti in težavnosti dogodkov ter od dejavnikov, ki varujejo posameznika pred tveganji ter mu omogočijo bolj ali manj uspešno obvladanje dogodkov. Neki dogodek toliko bolj vpliva na življenje posameznika, kolikor večji pomen mu daje prizadeti posameznik. Zanimivo je tudi, da so ljudje različno občutljivi na iste dogodke. Kako doživimo in obvladamo neko obremenilno življenjsko situacijo, je odvisno tudi od naše življenjske zgodovine in trenutne psihofizične kondicije.

Raziskave in izkušnje kažejo, da se pri obvladovanju obremenilnih in kriznih dogodkov običajno opremo na tri izvore pomoči (Côté, 2000):

- *socialne*: tu mislimo predvsem na socialna omrežja, ki so opora posamezniku v kriznih razmerah, na primer družina, prijatelji, sosedje, sodelavci.
- *psihološke*: to so psihološke lastnosti, na katere se opre posameznik v kriznih razmerah. To so predvsem samospoštovanje, čustvena stabilnost, sposobnost načrtovanja in vodenja življenja.
- *individualno premagovanje težav*: to so specifični načini vedenja, mišljenja in zaznavanja, ki so se jih posamezniki naučili uporabljati, kadar so postavljeni pred življenjske težave. Teh se ljudje lotevamo zelo različno: od poskusov, da sami razrešimo obremenilne razmere, do kognitivnih trikov, na primer primerjav s tistimi, »ki jim gre še slabše kot meni«.

Sposobnost posameznika za uspešno obvladovanje kriznih življenjskih razmer je odvisna tudi od življenjskega področja, kjer nastanejo težave. Delovne razmere tako ponujajo drugačne možnosti za poseg v obremenilne situacije kot družinske. Prve so opredeljene pretežno z instrumentalnimi nalogami, druge s čustvenimi komponentami medosebnih odnosov. Raziskovanja različnih stilov obvladovalnega ravnanja so pokazala, da je le malo konstant, ki bi opredeljevale obvladovalno ravnanje pri vseh ljudeh. Večina tudi nima nobenega svojega stila obvladovalnega ravnanja, temveč stile prilagaja trenutnim razmeram v življenjskem okolju.

Od vseh različnih dejavnikov pa rezultati raziskav posebej poudarjajo občutek življenjske skladnosti in stabilnosti. Občutek življenjske skladnosti pomeni gotovost in zaupanje v temeljna področja življenja; v zmožnost organizirati izkušnje iz notranjega in zunanjega sveta v napovedljive in razumljive celote, v zmožnost izdelati strategije in poti za reševanje nalog in problemov, ki jih prinaša življenje, v doživljanje nalog in problemov kot izzivov, za reševanje katerih se splača potruditi (Antonowski, 1997). Življenjsko skladnost lahko razumemo kot celoto vseh psihosocialnih dejavnikov odpornosti posameznika zoper obremenitve, strese in stiske. Občutek življenjske skladnosti zmanjšuje človekovo psihosocialno ranljivost. Tudi družbene skupine lahko razvijejo občutek skupinske življenjske skladnosti, ki je tesno povezan z zavestjo o pozitivni skupinski identiteti, smiselnosti in socialnem pomenu delovanja skupine in

o sposobnosti za premagovanje negotovosti in tveganj. Občutek skupinske življenjske skladnosti predvsem v primarnih življenjskih skupinah je močna opora članom teh skupin. Zato so na primer družine, ki uspejo razviti občutek življenjske skladnosti tako pomembne za družinske člane in delujejo kot neke vrste laični terapevtski centri za družinske člane.

Nekatere raziskave kažejo, da je življenjska prožnost eden od ključnih dejavnikov, ki odločajo, ali in kako ljudje prenašajo tveganja in stiske v sprejemanju življenjskih odločitev (Masten in Wright, 2009). Življenjska prožnost se pogosto razvije skozi uspešno premagovanje problemov in stresnih situacij od otroštva dalje. Zato je napačna vzgojna strategija sodobnih zaščitniških staršev, ki skušajo otroke obvarovati pred vsemi problemi in tveganji. Taki otroci težje razvijejo strategije za obvladovanje problemov, ki jih imenujemo življenjska prožnost ali tudi psihosocialna odpornost. Psihosocialna odpornost se kaže predvsem v tem, koliko je človek zmožen prestat in subjektivno predelati negotovosti, koliko je psihosocialno pripravljen na tveganja in krizne življenjske situacije.

Življenjska prožnost pomeni znati premagati problemske situacije, najti življenjski smisel, znati uživati življenje; torej najti nekakšen »hedonistični kreda« v svojem življenju. Ta »hedonistični kreda« pa ne temelji na egoizmu, zagledanosti vase in uporabi drugih ljudi za doseganje svojih želja. Sposobnost uživanja življenja raste iz dožemanja življenjske skladnosti. Ta pa ni niti samoumevna in ni odvisna samo od posameznega človeka, temveč potrebuje določene družbene predpostavke. Tu so spet na slabšem socialno prikrajšani pripadniki družbeno ogroženih in marginaliziranih skupin. Tisti iz družbeno privilegiranih oziroma vsaj gmotno neogroženih skupin imajo več podpore za to, da pritiske izbir in strese zaradi možnih izgub sprejemajo kot produktivne življenjske priložnosti, v katerih lahko izoblikujejo ustrezne zmožnosti za obvladovanje izzivov in kriz.

4 Sklep

Kot smo pokazali v prispevku, se spremembe življenjskega poteka kažejo predvsem skozi naslednje značilnosti: negotovosti v načrtovanju življenja zaradi fleksibilnosti zaposlitve, dela, partnerskih odnosov in družinskega življenja. Individualizacija življenjskega poteka zahteva večjo pripravljenost za sprejemanje tveganih odločitev v poslovnem in v vsakdanjem življenju, sposobnost ljudi, da poskrbijo sami zase. Te spremembe so osvobajajoče in ogrožajoče obenem. Po eni strani nas veseli, da življenje v sodobnih globaliziranih družbah ne teče več tako linearno in vnaprej določeno kot nekdanj, temveč ga lahko aktivno oblikujemo ter pri tem sledimo svojim željam in skrbimo za svoj osebni razvoj. Po drugi strani pa trpimo zaradi povečane negotovosti in nestabilnosti prav na vitalnih področjih svojega življenja. Toda naj bodo neugodne posledice teh sprememb še tako velike, vrnitev ni mogoča in s tem moramo računati tako posamezniki kot družba v celoti.

To terja tudi spremembe politik, ki pomagajo ljudem premagovati življenjske probleme in stiske; zaposlovalnih, socialnih, zdravstvenih. V novem, neoliberalnem ekonomskem in političnem sistemu socialno državo (»welfare state«) vse bolj zamenjuje država dela (»workfare« state). Zanja je značilna ideologija individualne odgovornosti za lastno preživetje (Leskošek, 2012). Tudi skrb za zdravje in dobro počutje se individualizira. S tem pa se povečujejo tudi občutki krivde za življenjske neuspehe in posledično tudi bolezenska stanja, ki jim pogosto sledijo. Ta temeljni obrat ponovno vzpostavlja večje družbene neenakosti, kjer imajo več možnosti tisti z več materialnega pa tudi socialnega in kulturnega kapitala. Ostali pa ostajajo na robu in so izpostavljeni tveganjem, od katerih so tveganja za zdravje ena najbolj občutljivih. Obrat od uveljavljanja enakih pravic k ideologijam učinkovitosti in nove pravičnosti (kolikor materialnih sredstev imaš, toliko pravic lahko uživaš), se ne dogaja le z bolj ali manj transparentnimi politikami, temveč tudi z neformalnimi praksami kot na primer, da javni sistem splošnega socialnega in zdravstvenega varstva nadomeščajo različne oblike privatnih prostovoljnih zavarovanj za premožne, ali pa razni sistemi dobrotelosti za revne, ki so pogosto oblika pranja vesti za bogate.

Naj si na koncu zastavimo retorično vprašanje. Kaj dela bolj egalitarne družbe za bolj zdrave? Odgovor, ki ga ponujajo družbene znanosti je, da so egalitarne družbe bolj skupnostno naravnane in solidarne. Moč skupnostnega življenja, to je obstoj socialnih omrežij v skupnosti, sodelovanje, občutek solidarnosti med člani skupnosti ter zaupanje in vzajemna pomoč, je pomembna lastnost socialnega kapitala, ki ga premore neka skupnost. Bolj egalitarne družbe so bolj povezovalne in manj trpijo za razdiralnimi efekti neenakosti. Javna sfera v njih predstavlja izvor podpornih socialnih mrež in ne vir stresov in potencialnih konfliktov. Namesto, da se socialno življenje konča na vratih lastnega doma, so ljudje bolj vključeni v socialne in prostovoljne aktivnosti zunaj doma, so bolj usmerjeni v medsebojno sodelovanje in podporne aktivnosti. Manj je znakov antisocialnih dejanj, kot je npr. agresivnost in družba se kaže kot bolj varovalna in zaščitna.

LITERATURA

1. Angermeyer, M. (ur.) (1987). From social class to social stress. New developments in Psychiatric Epidemiology. Berlin: Springer Vrl.
2. Antonowsky, A. (1997). Untraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Brass.
3. Bartley, M. (2004). Health inequality: An introduction to theories, concepts and methods. Cambridge, Oxford: Polity Press.
4. Beck, U. in Beck - Gernsheim, E. (2002). Individualization: Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequence. London: Sage Publications.
5. Berkman, L. in Kawachi, F. (2000). Social epidemiology. Oxford: Oxford Univ. Press.
6. Buchmann, M. (1989). The Script of Life in Modern Society. Entry into Adulthood in a Changing World. Chicago: The University of Chicago Press.
7. Buzeti, T., Djomba, J. K., Gabrijelčič Blenkuš, M., Ivanuša, M., Jeriček Klanšček, H. in Kelšin, N. idr. (2011). Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
8. Côté, J. (2000). Arrested Adulthood. The Challenging Nature of Maturity and Identity. New York: New York Univ. Press.

9. Cotterell, J. (1996). *Social networks and social influences in adolescence*. London: Routledge.
10. Hagestad, G. (1997). *Trends and Dilemmas in Life-Course Research: An International Perspective*. V W. R. Heinz (ur.), *Theoretical Advances in Life Course Research*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
11. Heinz, W., Weymann, A. in Huinik, J. (2009). *The Life Course Reader. Individuals and Societies across Time*. Frankfurt: Campus Vrl.
12. Kohli, M. (1994). *Institutionalisierung und Individualisierung der Erwerbsbiographie*. V U. Beck in E. Beck - Gernsheim (ur.), *Riskante Freiheiten* (str. 219–245). Frankfurt/M: Suhrkamp.
13. Leskošek, V. (2012). *Social determinants of health : the indicators for measuring the impact of poverty on health*. *Zdrav Var* 51 (1), 21–32.
14. Masten, S. in Wright, O. (2009). *Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation*. V J. W. Reich, A. J. Zautra in J. S. Hall (ur.), *Handbook of adult resilience* (str. 213–237). New York: Guilford Press.
15. Ule, M. (2003). *Spregledana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.
16. Ule, M. (2008). *Za vedno mladi? Socialna psihologija odraščanja*. Ljubljana: Založba FDV.
17. Ule, M. (2012). *Družbeni vidiki zdravja in medicine*. *Socialno delo*, 51 (1/3), 5–14.
18. Ule, M. (2014). *Spremembe vsakdanjega življenja in življenjskih potekov v sodobnih globaliziranih družbah*. *Teorija in praksa*, 5, 309–327.
19. Ule, M. in Kamin, T. (2012). *Social determinants of Health Inequalities*. *Zdrav Var*, 51 (1), 3–4.
20. Wilkinson R. (2002). *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.

Sigurnost osoba starije dobi u zdravstvenim i socijalnim institucijama - preduvjet kvalitetne skrbi

UDK 616-053.9+614.8

KLJUČNE RIJEČI: osobe starije dobi, pružatelji skrbi, zanemarivanje, zlostavljanje, nasilje, socijalni gerontolog

POVZETEK - U zaštiti temeljnih prava starijih osoba jedan od prioriteta hrvatskog društva je njihova zaštita od zlostavljanja i zanemarivanja. Zanemarivanje i zlostavljanje je odbijanje ili neispunjenje njegovateljeve obveze kako bi se zadovoljile potrebe osoba starije dobi, a kako bi se iste kaznile ili povrijedile. Svrha rada je prikazati stanje zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi, koje borave u institucijama. Za dobivanje podataka korištena su dva strukturirana anketna upitnika, jedan za pružatelje skrbi, a drugi za osobe starije dobi koje borave u institucijama. U istraživanje je uključeno 171 pružatelj skrbi i 245 osoba starije dobi a u obradi podataka koristio se program »Statistica«, verzija 12.0. Rezultati istraživanja pokazali su najčešće oblike zanemarivanja koji su: u 37,1 % ignoriranje poziva osobe starije dobi, u 24,8 %, ne uređivanje svaki puta nakon inkontinencije urina ili stolice i u jednakom postotku 24,8 % hranjenje na silu odnosno kad osoba koja ne želi otvoriti usta gura joj se hrana u usta. Najčešći oblici zlostavljanja u 46,9 % su vikanje na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji, vrijeđanje ili psovanje u 31,8 %, te odbijanje okretanja osobe kako bi spriječili bolne pritiske u 30,6 % ispitanika. Provedeno istraživanje i istražena teorija o zanemarivanju i zlostavljanju starijih osoba prikazuju pojam sigurnosti kroz utvrđivanje postojećeg stanja u institucijama i to iz perspektive osoba starije dobi i pružatelja skrbi. U današnjem društvu zlostavljanje osoba starije dobi dobiva malo nacionalne pozornosti i zabrinutosti, a većina oblika nasilja u instituciji mogla bi se prevenirati. Uloga socijalnog gerontologa upravo u tome je izuzetno važna.

UDC 616-053.9+614.8

KEY WORDS: older people, caregivers, negligence, abuse, violence, social gerontologist

ABSTRACT - One of the priorities of Croatian society when it comes to protecting the fundamental rights of older people is protection from abuse and neglect. Negligence is refusing or failing to exercise the carer's responsibilities in meeting the needs of older people, in order to punish or hurt them. The purpose of this research is to show the state of neglect and abuse of older people who reside in institutions, and to present the prevention of neglect and abuse. Using two structural questionnaires, one for caregivers, and the other for the institutions' residents, the study included 171 caregivers and 245 older people. The data were analysed by using software Statistica, version 12.0. The results showed the most common forms of neglect, where 37.1% referred to ignoring the older people's calls, 24.8% to not cleaning up after each urine and stool incontinence, and 24.8% referred to the so-called forced feeding, when a person is forced food without willingly opening their mouth. The most common forms of abuse in 46.9% of cases were shouting with rage and anger at the residents, insulting or swearing in 31.8% of cases, and in 30.6% of cases refusing to turn the person in order to prevent pressure ulcers. The research performed and the explored theory of neglect and abuse of older people will contribute to science through the identification of the current state in the institutions, and all this from the perspective of older people and caregivers. In today's society, abuse of older people is given little national attention and concern, and most forms of violence in these institutions could be prevented. The role of social gerontologists is extremely important.

1 Teoretična izhodišča

Sigurnost čovjeka kao pojedinca izravno je povezana s ljudskim pravima, čije su subkategorije prava i sigurnost pacijenata (Rimac i Vičić - Hudorović, 2013). Sigurnost

pacijenata ima osnovu u holističkome obrazovanju, i to u znanosti o učenju ljudskih prava, a medicinske sestre su najčešće u kontaktu sa bolesnim i osobama starije dobi. Međunarodno vijeće medicinskih sestara (International Council of Nurses – ICN), od osnutka, 1899. godine, proučava temu sigurnosti pacijenata (International Council of Nurses, 2002). Osobama starije dobi narušava se osjećaj sigurnosti dolaskom u instituciju, stoga zdravstveni djelatnici moraju biti educirani o pravilnom pristupu. Posljednjih četrdeset godina gotovo u cijelom svijetu došlo je do opadanja udjela starijih osoba koje žive zajedno s djecom, posebice u sjevernim zemljama (Sundstrom, 1994, prema Warner i Willis, 2001), a tek u nekim zemljama poput Japana zbog specifičnog društvenog i kulturnog konteksta to nije zamijećeno (Laklija idr., 2008). »Starijim osobama, koje žive u ustanovama moraju se jamčiti sljedeća prava: pravo na odgovarajuću pomoć i usluge, pravo na privatnost, pravo na dostojanstvo, pravo na sudjelovanje u odlučivanju o uvjetima života u tim ustanovama, pravo vlasništva, pravo održavanja kontakata s bliskim osobama i pravo na pritužbu na skrb i tretman u ustanovi. Starijim osobama, također, na raspolaganju mora biti dovoljan broj ustanova za skrb o starijim osobama, a usluge u tim ustanovama moraju biti dostupne. Ustanove, koje pružaju usluge smještaja i skrbi za starije osobe, moraju biti licencirane i podložne inspekcijском nadzoru, kako bi se osigurala kvaliteta pruženih usluga« (Rešetar Čulo, 2014, str. 127). »Institucijska skrb starijih osoba cjelovita je i u kontekstu kvalitete zdravstvene zaštite. Kvaliteta skrbi podrazumijeva mnogo širi raspon aktivnosti nego tradicionalna zdravstvena zaštita, poput bolničke zdravstvene zaštite, jer korisnici u tom prostoru i žive. U institucijskoj skrbi se područje kvalitete života isprepliće s kvalitetom socijalne skrbi i kvalitetom zdravstvene zaštite« (Stanisavljenić - Rukavina i sur., 2012, str. 5). Danas se sve više spominju indikatori kvalitete institucijske skrbi (Arling idr., 2005) koji procjenjuju opći zdravstveni status, funkcionalni status, mentalno zdravlje, udobnost smještaja, emocionalni status, privatnost i autonomiju. Isti autori predlažu da se kvaliteta zdravstvene kliničke zaštite procjenjuje učestalošću dekubitusa, inkontinencije, pravilnom hidratacijom, učestalošću infekcije, integritetom kože i polifarmacijom, odnosno prevencijom pojavnosti »4N« (nepokretnost, nesamostalnost, inkontinencija i nestabilnost) (Stanisavljenić - Rukavina idr., 2012, str. 5). Podatci istraživanja objavljenog 2012 godine (Sequist idr., 2012) ukazuju na to da je korisnicima u instituciji najvažnije: pravo izbora svog liječnika, odgovarajuća prehrana, mobilnost i zubozdravstvena zaštita. »Svjetska zdravstvena organizacija definira kvalitetu života u domovima za starije osobe kao percepciju pojedinaca o njihovom položaju u životu kroz kontekst kulturoloških i vrijednosnih sistema u kojem žive te u odnosu na njihove ciljeve, standarde i potrebe. Definicija uključuje osam domena: fizičko zdravlje, psihološki status, razina neovisnosti, primjena pravilne prehrane, socijalni kontakti, faktori okoliša, pozitivno/negativno zdravstveno ponašanje i duhovne potrebe« (Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. - 2016).

1.1 Model skrbi »korisnik u središtu skrbi« kao prevencija nasilja

Koncept pacijenta/korisnika u središtu skrbi može se shvatiti kao: individualizirana skrb, baza vrijednosti, skup tehnika u radu s osobama s demencijom, perspektiva fe-

nomena, ili sredstvo komunikacije (Brooker, 2004). Kitwood (1997, str. 8) definira pacijenta/korisnika u središtu skrbi kao: »... položaj ili status jednog ljudskog bića dodijeljen drugom, u kontekstu odnosa i društvenog postojanja. To podrazumijeva priznavanje, poštovanje i povjerenje.« U gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi korisnik se skrbi prema standardima zdravstvene njege te zdravstveno osoblje prevenira rizike za komplikacije kao što je pad, infekcije, dekubitus (Tomek - Roksandić, Šostar i Fortuna, 2012). Načela i principi zdravstvenih i socijalnih usluga moraju biti holistički usmjereni, odnosno sveobuhvatni s naglaskom na korisnika koji je u središtu skrbi.

1.2 Autonomija osoba starije dobi

Važnost uspješnog i zdravog starenja naglašavaju i Rodgers i Nevill (2007) koji navode da se uspješno starenje temelji na autonomiji odnosno, starija populacija mora biti u stanju donositi vlastite odluke o svom životu. Sastavni su dio autonomije: sloboda od kontrole i utjecaja drugih, sloboda od ograničenja koja sprečavaju izbor, sloboda od neodgovarajućeg razumijevanja i biti u stanju slobodno djelovati u skladu s planom odabranim za sebe. Iznimno je važan pravilan pristup (Clark, 2010) jer pružatelji skrbi moraju se posavjetovati s primateljima skrbi i odvagnuti prednosti i nedostatke raznih načina djelovanja i pronaći rješenje koje zadovoljava zdravstvene potrebe uz zadržavanje dostojanstva koliko je to moguće. Svako istraživanje autonomije u starijoj dobi zahtijeva konceptualnu definiciju koja je široko primjenjiva, podložna empirijskim potvrđivanjem (Abdelhadi i Drach - Zahavy, 2011), a na korisnika usmjerena skrb, gdje se on nalazi u centru zbivanja, ključ je prevencije zanemarivanja i zlostavljanja. Nekoliko je razloga zašto se osoba starije dobi ne osjeća ugodno dolaskom u instituciju. Naime, preseljenje u novu sredinu koja je najvjerojatnije zadnje utočište samo je po sebi izvor stresa. Ponekad urednost i red institucije može biti na vrlo visokoj razini, ali često se zanemaruju postupci za poboljšanje psihičkog stanja korisnika. Često se ne radi na poticanju samostalnosti korisnika pa je stoga brže nahraniti korisnika s tremorom ruku, nego čekati da pojede sam što dovodi do još većih frustracija korisnika. Međutim, u prevenciji nasilja nad osobama starije dobi potrebno je danas promatrati starije osobe kao »odgovorne starije osobe koje žele znati razloge za svoje simptome i mogućnosti za svoje liječenje« (Železnik, 2007). »Važno je da organizacija ima sustav vrijednosti koji poštuje prava svakog korisnika usluga i etički kodeks koji usmjerava osoblje da se ponaša na odgovarajući način. Osoblje se educira o tome kako postupati s korisnicima na način kako bi oni kod toga osjećali poštivanje svoje autonomije, slobode odlučivanja i neovisnosti, te da su kao osobe važni dio ustanove. Istraživanja su pokazala kako korisnici počinju osjećati pripadnost ustanovi već nakon četiri tjedna boravka« (Stanisavljenić - Rukavina idr., 2012, str. 17).

1.3 Pojavnost i definiranje zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi u institucijama

U institucijama upravo pružatelji skrbi najčešće zanemaruju i zlostavljaju osobe starije dobi, stoga naglasak mora biti na njihovoj edukaciji, a već tridesetak godina govori se o važnosti prepoznavanja znakova (Davies idr., 1997) ili posljedica nasilja. Autori smatraju da je medicinsko osoblje danas opterećeno više no ikad, a gerijatrijska skrb

zahtijeva stručno osoblje sa širokim spektrom znanja. Liječenje starijih osoba zahtijeva holistički pristup zdravstvene zaštite, koji se može postići kroz obrazovanje, posredovanje, sudjelovanje cijelog tima u procesu ocjenjivanja, informiranja, učinkovitu komunikaciju te primjereno uređenu i opremljenu radnu sredinu. Definicije zlostavljanja osoba starije dobi razlikuju se od zemlje do zemlje te odražavaju i uključuju kulturne, etničke i vjerske norme i tradicije. (Lowenstein idr., 2009) Većina definicija uključuje elemente kao što su zlouporaba moći, povjerenja i nejednakosti. (Bužgová i Ivanová, 2009) Neki od oblika su: nebriga za štíćenike koji ne mogu samostalno obavljati nuđu, propuštanje stavljanja štíćenika u odgovarajući tjelesni položaj i okretanje, što može voditi k pojavi dekubitusa, gašenje i zanemarivanje svjetla koje signalizira da pacijentu treba pomoć, nepružanje pomoći za vrijeme obroka te neosiguravanje dovoljno jela i pića (Atlanta Long Term Care Ombudsman Program, 2008). Definicija koja uključuje zdravstvene djelatnike je: »Zlostavljanje starijih osoba od strane formalnog njegovatelja/profesionalaca može biti namjerno ili nenamjerno i kao takvo može izravno uzrokovati štetu starijoj osobi kroz fizičko i psihičko ozljeđivanje, neosiguravanje osnovnih životnih potreba, zaštite starijih osoba od povrede« (Castle idr., 2015, str. 4).

1.4 Oblici zlostavljanja osoba starije dobi

»Zlostavljanje osoba starije dobi može biti psihičko, fizičko, seksualno, materijalno i duhovno« (Rusac i Čizmin, 2011, str. 52). Zlostavljanje starijih osoba u instituciji može se odvijati u više oblika, a medicinske sestre trebale bi poznavati oblike i načine kako bi zlostavljanje mogle prepoznati i prevenirati.

1.4.1 Psihičko ili emocionalno zlostavljanje osoba starije dobi

Psihičko ili emocionalno zlostavljanje opisuje se kao dehumanizacija i podcjenjivanje starijih osoba. Bilo koje verbalno ili neverbalno postupanje koje smanjuje njihovo samopoštovanje ili dignitet i tretiranje njihova psihološkog i emocionalnog integriteta je zlostavljanje (Despot Lučanin, 2003). U institucijama ovaj pojam uključuje: prijetnje korištenjem nasilja, prijetnje da će ih se napustiti i ostaviti same, namjerno zastrašivanje, kao npr. da neće dobiti hranu ili skrb za svoje potrebe. Također, i laganje, ruganje, nazivanje pogrđnim imenima, nedopuštanje provjeravanja tvrdnji o njihovu zlostavljanju, socijalno izoliranje i zabranjivanje posjeta, tajenje informacija na koje imaju pravo, ponižavanje starijih osoba zbog načina njihova govora, namjerno i pogrešno interpretiranje njihovih tradicija, nepoštivanje, ignoriranje i pretjerano kritiziranje, naređivanje, konstantno nametanje pitanja smrti i namjerni razgovor o tome, postupanje sa starijim osobama kao da su djeca ili sluge (Charpentier i Soulières, 2007). Psihičko zlostavljanje »može uključivati nedostatak osobnih informacija i nepriznavanje štíćenika kao pojedinca, nasilno ponašanje ili prijetnje, zastrašivanje ili izazivanje anksioznosti kod štíćenika, ponižavanje, ismijavanje, verbalno zlostavljanje, viku i psovanje, zadirkivanje štíćenika koji to nije sposoban razumjeti, infantilno ponašanje i laganje štíćeniku, čak i ako se to čini kao najjednostavnije rješenje« (Rusac i Čizmin, 2011, str. 53). Psihičkom nasilju izloženi su »mlađi« stariji u odnosu na »starije« stare osobe. Ovaj nalaz može se objasniti kako je njihova senzibilizacija na psihičko zlostavljanje

veća te je veća svijest o njihovim pravima. Istraživanje u Israelu pokazuje da medicinske sestre više mentalno zlostavljaju osobe starije dobi od drugog osoblja (Natan idr. 2010), dok istraživanje Castle (2008), na uzorku od 855 ispitanika pokazuje da je 59 % medicinskih sestara primijetilo ili je imalo dokaze o psovanju osoba starije dobi.

1.4.2 Tjelesno zlostavljanje osoba starije dobi

Tjelesno zlostavljanje osoba starije dobi uključuje bilo koji čin nasilja, neovisno o tome rezultira li fizičkom ozljedom ili duševnom boli. Zlostavljanje može uključivati: udaranje, guranje i naguravanje, šamaranje, podmetanje noge, pljuvanje, prisiljavanje starije osobe da ostane u krevetu ili na stolici, prisiljavanje da ostane u sobi i zaključavanje, uskraćivanje lijekova ili pretjerano davanje lijekova, ograničavanje slobode (McDonald, 2007). Nasilno hranjenje i prisilno davanje tekućine na usta spada u fizičko zlostavljanje. Europska komisija definirala je gore navedeno kao: »namjernu upotrebu fizičke sile koja rezultira tjelesnom ozljedom, boli ili oštećenjem, uključujući i fizička ograničenja, kao i pretjerano korištenje lijekova, kako bi stariji ljudi bili »poslušniji« (European Commission, 2008) Prema Rusac i Čizmin (2011, str. 53): »može uključivati i zlostavljanje, koje može ili ne mora uzrokovati vidljive ozljede (udaranje, šamaranje, štipanje, guranje ili grubo postupanje), kupanje bolesnika u vodi koja je prevruća ili prehladna, nasilno hranjenje, kažnjavanje uskraćivanjem hrane, topline i udobnosti, ograničavanje kretanja, uskraćivanje i zanemarivanje hrane i pića, pretjerano korištenje sredstava za umirenje, nebriga oko oblačenja i pranja inkontinentnog pacijenta, ignoriranje bolnih stanja i liječenje svih medicinskih stanja rutinski, bez razmatranja pojedinačnog slučaja.« Kako bi postigle »red i mir« na odjelu te manju potrošnju materijala, medicinske sestre pribjegavaju češćim korištenjem sredstava za umirenje i fizičkim sputavanjem korisnika koje već zalazi u domenu psihičkog i fizičkog zanemarivanja i zlostavljanja. U 2003. godini, u sklopu Long Term Care Ombudsman programa, istraživano je 20,673 pritužba o zlostavljanju, zanemarivanju i eksploataciji osoba starije dobi u staračkim domovima i institucijama za skrb. Među svim vrstama zlostavljanja fizičko zlostavljanje najčešće je primijećeno. (National Center on Elder Abuse, 2005) »Modrice se mogu koristiti kao indikator zlostavljanja, međutim, teško je razlikovati da li je modrica uzrokovana slučajno ili namjerno. Naime, mnoge modrice mogu biti uzrokovane slučajno u skrbi ili pak ju nanese sama osoba starije dobi.« (Wigleswort idr., 2009, str. 1192).

1.4.3 Financijsko zlostavljanje osoba starije dobi

Financijsko zlostavljanje osoba starije dobi sve češće je prisutno u institucijama te obuhvaća novčane manipulacije ili iskorištavanje, a uključuje prijevare i zlorabu. Europska komisija definirala je financijsko zlostavljanje kao »krađu novca starijoj osobi i neovlašteno ili nepravilno korištenje sredstava, imovine ili vlasništva te osobe.« (European Commission, 2008) Odnosi se na korištenje novca ili vlasništva starije osobe na nepošten način ili na korištenje imovine starije osobe za vlastitu dobrobit. »Može uključivati: krađu novca starije osobe, mirovine ili druge imovine, naplaćivanje većih cijena za stvari koje se kupe starijoj osobi, nevraćanje novca nakon što su ga posudili od starije osobe, otvaranje njihove pošte« (Rusac i Čizmin, 2011, str. 53).

Harris i Benson (1999, str. 339) primijetili su prije dvadesetak godina da je povezanost s otuđenjem osobnih stvari osobe starije dobi povezana s negativnim osjećajima koje pružatelj skrbi ima prema pacijentu. »Financijsko zlostavljanje uključuje izrabljivanja kao što su krađe i krivotvorenja. Teški oblici gospodarskog iskorištavanja sve češće se susreću u privatnim domovima i udomiteljskim obiteljima kao prodaja imovine starijih bez informiranog pristanka, krađa mirovina ili prisiljavanje osoba starije dobi da promijene svoju volju.« (Sever, 2009, str. 280). Ostali oblici zlostavljanja starijih, ali od strane obitelji, uključuju prisiljavanje starije osobe da napusti dom za starije osobe kako bi financijski doprinijela kućanstvu. »Spol nije relevantan faktor samo u financijskom zlostavljanju, odnosno jednako su izložene i muške i ženske osobe starije dobi« (Markovik idr., 2014, str. 21).

1.4.4 Seksualno zlostavljanje osoba starije dobi

Seksualno zlostavljanje osoba starije dobi uključuje različite oblike seksualnog ponašanja, iskorištavanja i uznemiravanja (seksualno maltretiranje, napadanje i sramoćenje) bez njihove volje i pristanka (Malmedal idr., 2014) ili pak »neželjeni seksualni kontakt bilo koje vrste kao što je nelagodna intimnost, dodirivanje na seksualan način, silovanje, svlačenje nasilnika ispred žrtve« (De Donder idr. 2011, str. 303). »Budući da štíćenici s tjelesnim ili mentalnim oštećenjem trebaju pomoć pri osobnoj njezi, djelatnici obavljaju intimne zadaće vezane uz pacijentovo tijelo, no svaki oblik seksualizacije ovog kontakta je zlostavljanje.« (Rusac i Čizmin, 2011, str. 53) Prema istraživanjima Svjetske zdravstvene organizacije (World Health Organization, 2005) seksualnog nasilja je mnogo nad starijim osobama, a posljedice seksualnog nasilja često se otkriju u zdravstvenim ustanovama u kojima se osobe starije dobi ženskog spola žale na bolove u trbuhu, imaju neočekivana anogenitalna krvarenja i, posljedično, otkriju se razni ožiljci, razderotine i modrice u predjelu genitalija, prsnog koša i grudi. Seksualno nasilje je za žrtvu sramotno i nerado govore o tome. Međutim, medicinske sestre su mnogo puta suočene u institucijama s posljedicama seksualnog zlostavljanja. (Word Health Organization, 2005.)

1.4.5 Duhovno zlostavljanje osoba starije dobi

Sagledamo li osobu starije dobi holistički, tada duhovna i religijska komponenta u samoj instituciji, ali i u toj životnoj dobi, ima veliku važnost. »Duhovno zlostavljanje uključuje korištenje vjere i duhovnosti starije osobe u smislu iskorištavanja, manipuliranja i kontroliranja starije osobe, ismijavanja njihovih vjerovanja, nepoštivanje njihove duhovnosti u smislu ponašanja i uopće tradicije.« (Garner i Evans, 2003, str. 165)

2 Metoda

U istraživanju i radu korištena je induktivna metoda, metoda deskripcije i kvantitativna istraživačka metoda. Cilj istraživanja jest deskriptivni i analitični kvantitativni pristup. Kao tehnika prikupljanja podataka korištena je anketa, podatci su prikupljeni

s pomoću standardiziranim i za ovo istraživanje uređenim anketnim upitnikom prilagođen osobama starije životne dobi koje borave u instituciji. Sudjelovanje u istraživanju dobrovoljno je i anonimno, a ispitanici su usmenim putem unaprijed bili obaviješteni o istraživanju. U istraživanje se planiralo uključiti oko 300 osoba starije dobi koje borave u institucijama u Varaždinskoj i Međimurskoj županiji te OB Varaždin – odjelima za produljeno liječenje u Novom Marofu i Klenovniku. Važno je da su osobe psihofizički i kognitivno sposobne odgovarati na pitanja iz upitnika. Vraćeno je 245 (81,6 %) pravilno i potpuno ispunjenih upitnika. U analizi se koristila programska podrška STATISTICA verzija 12.0 (www.statsoft.com). Sve P vrijednosti manje od 0,05 smatraju se značajnima.

3 Rezultati

U istraživanje je uključeno 245 korisnika, većina ih je ženskog spola: 173 (70,6 %), muških ispitanika je 72 (29,4 %). Ispitanika mlađih od 75 godina je najmanje, odnosno 51 (20,8 %), dok je najviše ispitanika od 75. do 84. godine, njih 109 (44,5 %), a ispitanika starijih od 85. je 85 (34,7 %). Skoro dvije trećine korisnika ima završenu osnovnu školu, njih 158 (64,5 %), završenu srednju školu ima 73 (29,8 %), a visokoškolsko obrazovanje ima svega 14 (5,7 %) ispitanika. U istraživanju 10 (4,1 %) ispitanika izjasnilo se da nema obitelji, jednom u godini dana obitelj posjećuje 14 (5,7 %) ispitanika, nekoliko puta u godinu dana posjećuje 37 (15,1 %) ispitanika. Jednom mjesečno obitelj posjećuje 70 (28,6 %) ispitanika, a jednom tjedno, što je ujedno i najveći rezultat, obitelj posjećuje 87 (35,5 %) ispitanika. Više puta tjedno posjete obitelji ima 27 (11,0 %) ispitanika. Od ukupnog broja ispitanika (N=245) samostalno pokretan je 61 ispitanik (24,9 %), a umjereno pokretnih je 113 (46,1 %), što čini najbrojniju skupinu. Slabo pokretnih je 23 (9,4 %), a nepokretnih 48 (19,6 %) ispitanika. Većina korisnika nalazi se u županijskom, odnosno državnom domu, njih 154 (62,9 %), u privatnom domu 49 (20,0 %), a na odjelima za produljeno liječenje nalazi se 42 (17,1 %) ispitanika.

Tabla 1: Percepcija zanemarivanja i zlostavljanja od strane korisnika (osoba starije dobi), u zadnjih 12 mjeseci (N = 245)

| | | N | % |
|--|-----------|-----|--------|
| Ne uređuje osobu starije dobi svaki puta nakon inkontinencije urina ili stolice. | Nikad | 184 | 75,1 % |
| | Jednom | 14 | 5,7 % |
| | 2-10 puta | 30 | 12,2 % |
| | >10 puta | 17 | 6,9 % |
| Ignorira poziv osobe starije dobi. | Nikad | 154 | 62,9 % |
| | Jednom | 21 | 8,6 % |
| | 2-10 puta | 51 | 20,8 % |
| | >10 puta | 19 | 7,8 % |

| | | | |
|--|-----------|-----|--------|
| Ne donosi osobi starije dobi noćnu posudu ili sanitarna kolica kada zatraži. | Nikad | 222 | 90,6 % |
| | Jednom | 6 | 2,4 % |
| | 2-10 puta | 14 | 5,7 % |
| | >10 puta | 3 | 1,2 % |
| Daje laksative samo jednom na tjedan. | Nikad | 226 | 92,2 % |
| | Jednom | 6 | 2,4 % |
| | 2-10 puta | 10 | 4,1 % |
| | >10 puta | 3 | 1,2 % |
| Daje osobi starije dobi previše lijekova kako bi bila omamljena i/ ili tiho. | Nikad | 241 | 98,4 % |
| | Jednom | 2 | 0,8 % |
| | 2-10 puta | 2 | 0,8 % |
| | >10 puta | 0 | 0,0 % |
| Odbija pomoći osobi starije dobi oko obavljanja higijenskih potreba. | Nikad | 221 | 90,2 % |
| | Jednom | 7 | 2,9 % |
| | 2-10 puta | 14 | 5,7 % |
| | >10 puta | 3 | 1,2 % |
| Često i bespotrebno uvodi urinarni kateter. | Nikad | 243 | 99,2 % |
| | Jednom | 1 | 0,4 % |
| | 2-10 puta | 1 | 0,4 % |
| | >10 puta | 0 | 0,0 % |
| Odbija pomoći osobi oko hranjenja. | Nikad | 225 | 91,8 % |
| | Jednom | 3 | 1,2 % |
| | 2-10 puta | 12 | 4,9 % |
| | >10 puta | 5 | 2,0 % |
| Hrani osobu starije dobi na silu: kad ona ne želi otvoriti usta gura joj hranu u usta. | Nikad | 184 | 75,1 % |
| | Jednom | 4 | 1,6 % |
| | 2-10 puta | 48 | 19,6 % |
| | >10 puta | 9 | 3,7 % |
| Postavlja osobi starije dobi sondu za hranjenje nepotrebno i na silu. | Nikad | 243 | 99,2 % |
| | Jednom | 0 | 0,0 % |
| | 2-10 puta | 2 | 0,8 % |
| | >10 puta | 0 | 0,0 % |
| Odbija okrenuti ili pomaknuti osobu kako bi spriječila bolne pritiske. | Nikad | 170 | 69,4 % |
| | Jednom | 7 | 2,9 % |
| | 2-10 puta | 47 | 19,2 % |
| | >10 puta | 21 | 8,6 % |
| Bespotrebno obuzdava osobu starije dobi. | Nikad | 208 | 84,9 % |
| | Jednom | 15 | 6,1 % |
| | 2-10 puta | 17 | 6,9 % |
| | >10 puta | 5 | 2,0 % |
| Gura, zgrabi, štupa, osobu starije dobi. | Nikad | 203 | 82,9 % |
| | Jednom | 8 | 3,3 % |
| | 2-10 puta | 30 | 12,2 % |
| | >10 puta | 4 | 1,6 % |

| | | | |
|--|-----------|-----|--------|
| Baca nešto na osobu starije dobi. | Nikad | 242 | 98,8 % |
| | Jednom | 2 | 0,8 % |
| | 2-10 puta | 0 | 0,0 % |
| | >10 puta | 1 | 0,4 % |
| Pljuska ili udara osobu starije dobi. | Nikad | 243 | 99,2 % |
| | Jednom | 0 | 0,0 % |
| | 2-10 puta | 2 | 0,8 % |
| | >10 puta | 0 | 0,0 % |
| Udara osobu starije dobi nogom ili šakom. | Nikad | 244 | 99,6 % |
| | Jednom | 0 | 0,0 % |
| | 2-10 puta | 0 | 0,0 % |
| | >10 puta | 1 | 0,4 % |
| Udara ili pokuša udariti osobu starije dobi nekim predmetom. | Nikad | 244 | 99,6 % |
| | Jednom | 1 | 0,4 % |
| | 2-10 puta | 0 | 0,0 % |
| | >10 puta | 0 | 0,0 % |
| Bespotrebno izolira osobu starije dobi kako bi je se moglo kontrolirati. | Nikad | 215 | 87,8 % |
| | Jednom | 16 | 6,5 % |
| | 2-10 puta | 12 | 4,9 % |
| | >10 puta | 2 | 0,8 % |
| Vrijeđa ili psuje osobu starije dobi. | Nikad | 167 | 68,2 % |
| | Jednom | 8 | 3,3 % |
| | 2-10 puta | 53 | 21,6 % |
| | >10 puta | 17 | 6,9 % |
| Viče na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji. | Nikad | 130 | 53,1 % |
| | Jednom | 30 | 12,2 % |
| | 2-10 puta | 60 | 24,5 % |
| | >10 puta | 25 | 10,2 % |
| Uskratiti osobi starije dobi hranu ili neke privilegije kao oblik kažnjavanja. | Nikad | 226 | 92,2 % |
| | Jednom | 12 | 4,9 % |
| | 2-10 puta | 6 | 2,4 % |
| | >10 puta | 1 | 0,4 % |
| Uzima osobi starije dobi nakit, novac, odjeću ili nešto drugo iz njegove/njezine sobe. | Nikad | 205 | 83,7 % |
| | Jednom | 21 | 8,6 % |
| | 2-10 puta | 16 | 6,5 % |
| | >10 puta | 3 | 1,2 % |
| Dira osobu starije dobi na neprimjeren način. | Nikad | 215 | 87,8 % |
| | Jednom | 9 | 3,7 % |
| | 2-10 puta | 19 | 7,8 % |
| | >10 puta | 2 | 0,8 % |
| Navodi osobu starije dobi na neprimjeren razgovor i misli | Nikad | 213 | 86,9 % |
| | Jednom | 13 | 5,3 % |
| | 2-10 puta | 16 | 6,5 % |
| | >10 puta | 3 | 1,2 % |

Izvor: Anketni upitnik, 2016.

Najčešći oblici zanemarivanja su slijedeći: ne uređuje osobu starije dobi svaki puta nakon inkontinencije urina ili stolice – 61 (24,8 %), ignorira poziv osobe starije dobi – 91 (37,1 %), hrani osobu starije dobi na silu, kad ona ne želi otvoriti usta gura joj hranu u usta – 61 (24,8 %). U jednakom broju – 61 (24,8 %), osobe starije dobi su odgovorile kako se ne uređuju svaki puta nakon inkontinencije urina ili stolice. Najrjeđe su primijećeni oblici: često i bespotrebno uvodi urinarni kateter – kod 2 (0,8 %) ispitanika i postavlja osobi starije dobi sondu za hranjenje nepotrebno i na silu – 2 (0,8 %) ispitanika. Najčešći oblici zlostavljanja: viče na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji – 115 (46,9 %), vrijeđa ili psuje osobu starije dobi – 78 (31,8 %), te odbija okrenuti ili pomaknuti osobu kako bi spriječila bolne pritiske – 75 (30,6 %). Relativno česti i značajni su sljedeći odgovori: gura, zgrabi, štipa, osobu starije dobi – 42 (17,1 %), bespotrebno izolira osobu starije dobi kako bi je se moglo kontrolirati – 28 (12,2 %), uzima osobi starije dobi nakit, novac, odjeću ili nešto drugo iz njegove/njezine sobe – 40 (16,3 %), dira osobu starije dobi na neprimjeren način – 30 (13,3%). Bespotrebno obuzdavanje osobe starije dobi primijetilo je 37 (15 %) ispitanika, navođenje osobe starije dobi na neprimjeren razgovor i misli 31 (13,0 %). 28 (12 %) ispitanika percipiralo je seksualno zlostavljanje kroz tvrdnju »dira osobu starije dobi na neprimjeren način«. Najmanju pojavnost imaju: baca nešto na osobu starije dobi – 3 (1,2 %), pljuska ili udara osobu starije dobi – 2 (0,8 %), udara osobu starije dobi nogom ili šakom – 1 (0,4 %). Povezanost između sociodemografskih i zdravstvenih osobina osoba starije životne dobi u instituciji s pojavnosti njihova zanemarivanja i zlostavljanja od strane pružatelja institucijske skrbi iskazana je kroz značajne korelacijske koeficijente: svi označeni korelacijski koeficijenti pripadaju u grupaciju slabih koeficijenata, ali klinički značajnih. Učestalost posjete obitelji kao i spol nisu značajno korelirali ni s jednom od usporednih varijabli. Dob je negativno korelirana s davanjem laksativa, odnosno s porastom godina života korisnika. Oni manje primjećuju nedavanje laksativa za regulaciju stolice. Negativne korelacije odnosile su se na pokretljivost: osobe koja su smanjeno pokretne češće su primjećivale ignoriranje medicinskih sestara na pozive zvona. Smanjena pokretljivost osobe starije dobi značajno je povezana i s češćim ignoriranjem i odbijanjem pomoći oko hranjenja. Osobe starije dobi koje su imale poteškoće s pokretljivošću češće su primjećivale pljuskanje ili udaranje osobe starije dobi. Obrazovane osobe starije dobi češće su primjećivale postavljanje sonde za hranjenje nepotrebno i na silu nego osobe sa završenom osnovnom školom. Osobe starije dobi s većim brojem oboljenja češće su primijetile da osoblje bespotrebno obuzdava osobu starije dobi. Veći broj dijagnosticiranih bolesti značajno je povezan s češćim bespotrebno obuzdavanjem osoba starije dobi, vikanjem na osobe starije dobi u bijesu i ljutnji, uzimanjem nakita, novaca ili odjeće, diranjem osoba starije dobi na neprimjeren način te navođenjem osobe starije dobi na neprimjeren razgovor i misli. Obrazovanje osobe starije dobi (završena srednja škola ili visokoškolsko obrazovanje) češće su primijetile da se osobi starije dobi uzima nakit, novac, odjeću ili nešto drugo iz njegove/njezine sobe.

4 Rasprava

U radu je potvrđena *hipoteza 1*: »U institucijskoj skrbi osoba starije životne dobi postoji zanemarivanje i zlostavljanje od strane pružatelja skrbi kod najmanje 10 % osoba starije dobi« Statističkom analizom analizirana je učestalost pojedinih tipova zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije životne dobi od strana pružatelja skrbi. χ^2 kvadrat testom usporedile su se razlike u učestalostima s obzirom na dobne skupine, komorbiditet, spol starijih osoba te radno iskustvo i razinu obrazovanja pružatelja skrbi. Isto tako, potvrđena je i *hipotezu 2*: »Osobe starije životne dobi u instituciji primjećuju zanemarivanje i zlostavljanje.« potvrđena je. Apsolutnim brojevima i relativnim udjelima, odnosno frekvencijama, prikazana je učestalost zanemarivanja i zlostavljanja u osoba starije životne dobi koja je prikazana u odnosu na njihovu dob, spol i komorbiditet, a razlike su analizirane χ^2 testom. Starost je najvažniji demografski faktor i važan je za sve vrste zlostavljanja, osim materijalnog, a drugi je značajan demografski faktor obrazovanje, posebice za emocionalno zlostavljanje. (Post idr., 2010) Acierno idr. (2010) nižu su dob osobe starije dobi povezali s emocionalnim i fizičkim zlostavljanjem, Laumann i suradnici (2008) utvrdili su da se u nižoj starijoj dobi pojavljuje emocionalno i financijsko zlostavljanje. Osobe starije dobi koje su završile samo osnovnu školu češće su izložene ponižavanju i vrijeđanju, gotovo nikad ne prijavljuju nasilje jer nisu upućene da postoji za to mogućnost (Malmedal, 2013), no u provedenom istraživanju i potvrđivanjem razlike u ukupnoj percepciji zlostavljanja s obzirom na sociodemografske varijable kod korisnika χ^2 testom nije nađena povezanost. S obzirom na dob najviše je zanemarivanje i zlostavljanje primijetila skupina ispitanika od 75. do 84. godine, i to njih 61 (43,6 %) što je blisko istraživanju Laumanna i sur. (2008), a može se objasniti kako upravo ta skupina najčešće dolazi u instituciju. Naime, mlađi od 75 godina još su pokretni, samostalni i sa svojim obiteljima. Dolaskom u instituciju primjećuju obrasce nasilnog ponašanja, dok osobe starije od 85 godina ili »stariji stari« često imaju ozbiljno narušeno zdravlje i nisu u mogućnosti prijaviti nasilje ili ga izreći. Obrazovanije osobe starije dobi (završena srednja škola ili visokoškolsko obrazovanje) u istraživanju su češće primijetile da se osobi starije dobi uzima nakit, novac, odjeća ili nešto drugo iz njegove/njezine sobe. Od ukupnog broja koji je primijetio nasilje najveći broj osoba starije dobi, njih 94 (67,1 %), ima završenu osnovnu školu, 38 (27,1 %) ima završenu srednju školu, a samo 8 (5,7 %) ima završenu višu školu ili fakultet. Ovi podaci ne iznenađuju jer najveći broj korisnika, njih 94 (67,1 %) ima osnovno obrazovanje i oni su ujedno zamijetili najviše nasilja. U populaciji Republike Hrvatske 11,9 % stanovništva starijeg od 65 godina ima završeni fakultet odnosno visoku ili višu školu, a ti su podaci u populaciji koja je smještena u instituciju nešto niži (Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014–2016, 2014).

Drennan idr. (2012) navode da su najviše zanemarivanju i zlostavljanju izložene osobe starije dobi koje su izrazito nemoćne, bolesne te se ne mogu fizički braniti, depresivni i dementni bolesnici te osobe starije dobi s drugim kroničnim bolestima. »Brojni autori (Ayalon, 2011, str. 503; Nadien, 2006, str. 166) navode da su kronična fizička obo-

ljenja rizični čimbenik koji dovodi do stresa poružatelja skrbi te do rizika od nasilja u kući starije osobe i u instituciji. Suprotno mišljenje imaju autori Jayawardena i Liao (2006, str. 129) koji tvrde da »ne postoji izravna veza između zlostavljanja starijih i fizičkog zdravstvenog stanja starije osobe.« Autori prepoznaju povećanu krhkost starije osobe i kao precizniji čimbenik rizika za zlostavljanje starijih od kroničnih zdravstvenih problema. Osim navedenog, podložne zlostavljanju su i starije osobe s oštećenjem pamćenja što dovodi do njihove ovisnosti o počinitelju. (Selwood idr., 2007) Istraživanje autorice Hawes (2003) pokazuje slične podatke kao i provedeno istraživanje Naime, 48 % korisnika prijavilo je da se osoblje prema njima grubo odnosilo, 38 % njih izjasnilo se kako je vidjelo zlostavljanje drugog štićenika, dok ih je 44 % vidjelo kako drugog štićenika zaposlenici grubo tretiraju. U istraživanju Posta idr., (2010) 4,2 % osoba starije dobi doživjelo je fizičko zlostavljanje, 12,7 % nedostatak brige, 11,2 % verbalno zlostavljanje, 13 % emocionalno zlostavljanje, 16,2 % zanemari vanje, 0,6 % seksualno zlostavljanje, a 9,2 % materijalno zlostavljanje. Vjerojatnost da je osoba doživjela više od jedne vrste zlostavljanja bila je 51,4 %. Rezultati provedenog istraživanja pokazuju više rezultate zastupljenosti verbalnog zlostavljanja te značajno veće rezultate seksualnog zlostavljanja.

Vrlo malo je istraživanja provedenih s osobama starije dobi u institucijama o nasilju koja bi poslužila za komparaciju s dobivenim rezultatima. Razlog tomu su brojna psihofizička ograničenja od strane osobe starije dobi, prije svega otežana komunikacija, kognitivni deficiti te njihova nemotiviranost. Ujedno, prikupljanje podataka od ispitivača iziskuje iznimne komunikacijske vještine, mnogo strpljenja te vremena. Za svaki ispunjeni upitnik ispitivaču je trebalo u istraživanju otprilike 30 – 45 minuta. Osobe starije dobi koje su sudjelovale u istraživanju bile su intelektualno i kognitivno urednog statusa, suradljive, no kod određenih tvrdnji u anketiranju potrebno je bilo dodatno pojašniti što je urinarni kateter, sonda za hranjenje, što znači igoriranje. Vrlo entuzijastično odgovarali su na tvrdnje o zanemari vanju, komentirali kako se medicinske sestre ne javljaju na zvono: »Znam da imaju mnogo posla, ali ne jave se kad ih trebam.«, »Jako viču koji puta sestre, posebno na one korisnike koji nisu baš pametni.«, »Čujem kako kod ovih korisnika koji su stalno u krevetu i ne mogu govoriti, sestre znaju jako ružno pričati.«, »Ljuti me kad ne okreću ove jadne ljude koji su stalno u krevetu.« Ovakvi komentari bili su česti što navodi na razmišljenje o uzorku ispitanika, odnosno anketiranjem nisu obuhvaćene osobe koje su dementne i intelektualno oštećene. Upravo te skupine u velikom su riziku za nasilje jer često imaju neprilagođeno ponašanje, ne mogu se izraziti, često su trajno smještene, bez posjeta obitelji, a nasilno osoblje u tim korisnicima upravo vidi priliku za rješavanje svojih frustracija. Ujedno, znakove fizičkog zlostavljanja pružatelji skrbi mogu opravdati kao da je korisnik sam sebi nanio ozljedu. »Osobe oboljele od Alzheimerove bolesti češće su podvrgnute zlostavljanju od drugih te se povećava rizik od zlostavljanja, ako starija osoba boluje od nekog oblika demencije, a kod štićenika u ustanovama, koji imaju simptome ponašanja kao što je fizička agresivnost, postoji veći rizik od zlostavljanja.« (Rusac i Čizmin, 2011, str. 55) Usporedimo li razmišljanje autora Ananiasa i Strydoma (2014) kako osobe starije dobi imaju tendenciju da su zahtjevne, nezahvalne ili jednostavno teške, te često isprovociraju agresivno ponašanje od strane pružatelja skrbi, predmet

novih istraživanja svakako bi trebala biti kvaliteta skrbi za osobe starije dobi koje su intelektualno oštećene, osobe s demencijom ili pak drugim teškim oštećenjima psihofizičkog funkcioniranja. Kod tvrdnji koje govore o fizičkom zlostavljanju osobe starije dobi vrlo su teško odgovarale kao i kod dviju tvrdnja koje govore o seksualnom uznemiravanju. Često su se samo nasmijali i prodiskutirali kako njih nitko »tako« ne gleda. Međutim, na tvrdnju: »Dira osobu starije dobi na neprimjeren način.« 12 % ispitanika primijetilo je oblik seksualnog zanemarivanja te ga jasno izrekli. U upitnik je dodana tvrdnja: »Navodi osobu starije dobi na neprimjerene misli i razgovor.« na koju je 23 % ispitanika dalo potvrđan odgovor. Ovu tvrdnju smo uključili temeljem pregleda literature, osobnog iskustva ispitivača te «uvriježenog ophođenja» koji je prisutan u ustanovama Republike Hrvatske. Naime, kako bi bile pristupačnije osobi starije dobi, medicinske sestre često koriste tepanja, ali i ophođenje sa seksualnom konotacijom, misleći da su tako korisnicima bliže. Uzmemo li u obzir komponentu nelagode i srama kod razgovora o temi, intime koja je bila vidljiva kod anketiranja, rezultat od 13 % relevantan je. Podatci pokazuju da korisnicima ne odgovara takva neprimjerena komunikacija.

U provedenom istraživanju nisu se ispitivali osjećaji osobe starije dobi kada su vidjeli ili doživjeli zanemarivanje ili zlostavljanje. Ispitivač je bilježio njihove komentare pa čak i neverbalne znakove (uzdahe, grimase, spuštanje pogleda) koje su iskazivali tijekom istraživanja. Najviše neverbalnih, ali i verbalnih pokazatelja, bilo je kod tvrdnje: »Uzima osobi starije dobi novac, nakit i drugo ...« gdje su korisnici vrlo glasno negodovali kako to nije u redu, kako to oni vide i doživljavaju. Važno je da pružatelji skrbi poznavaju osjećaje koji se javljaju kod osoba starije dobi kad im uzmu u »dobroj namjeri« nešto od osobnih stvari. »Stariji ljudi koji su bili zanemarivani iskusili su znatnu ljutnju (25,0 %) ili su bili uzrujani (35,8 %)« (Kisman i sur., 2014). Istraživanje je pokazalo značajan nivo zanemarivanja i zlostavljanja u institucijama. Uspoređujući rezultate u Irskoj koji su dobiveni istim upitnikom i koji su značajno pozitivniji, potrebno je razmišljati o mjerama prepoznavanja i prevencije. »Preventivne intervencije treba provoditi u visoko rizičnim situacijama prije početka nasilnog ponašanja.« (Jayawardena i Liao, 2006., 133), odnosno vrijeme za prevenciju zlostavljanja i zanemarivanja jest prije samog događaja. Kao primjer dobre prakse u preventivne mjere svakako spada i Europski projekt, koji osim Slovenije uključuje Norvešku kao koordinatora, Austriju, Grčku, Češku, Italiju, Irsku i Poljsku i ima za cilj razviti europski referentni okvir za prevenciju nasilja nad starijim osobama. »Ni jedna od navedenih zemalja nema specifičan zakon glede nasilja nad starima, no izrađuje se platforma koja će dati određene informacije za izradu istih« (Panikvar, 2013, str. 37). Zlostavljanje i zanemarivanje osoba starije dobi u institucijama složen je fenomen pa pristup po tom pitanju treba biti usmjeren na svim razinama. Osoblje treba biti educirano o problemu nasilja, a interakcije medicinska sestra - korisnik moraju se dobro poznavati kako bi predvidjeli gdje i kada može doći do neodgovarajuće skrbi i nasilja. Važno je da se zaposlenici osjećaju sigurni u izvještavanju o incidentu te da imaju podršku voditelja/nadređenog. Primjeri dobre prakse (Irska) pokazuju da multidisciplinarni pristup daje bolje rezultate pa npr. socijalni gerontolozi imaju obrazovanje koje osim zdravstvenih aspekata skrbi nudi kompetencije iz područja socijalnih veza

i odnosa, pravde, autonomije i sigurnosti osobe starije dobi koje bi trebalo prenijeti medicinskim sestrama (Alma Mater Europaea – ECM, 2014). Strategija prevencije na razini institucije (mikrosustava) mora imati za cilj smanjenje faktora rizika od strane pružatelja skrbi. Kako već postoje propisani minimalni standardi usluga za starije osobe, potrebno je izraditi smjernice u pogledu uvjeta prostora, opreme i jasnije definirati obrazovnu strukturu i broj pružatelja skrbi. Naime, svaka institucija za skrb o starijima ima već definirane protokole: standarde veličine soba, broj sanitarnih čvorova, kvadratnih metara prostora, broja osoblja itd., no sve navedeno trebalo bi sagledati kroz prizmu prevencije zlostavljanja. Važno je informiranje, komunikacija i podizanje razine svijesti pružatelja skrbi, ali još više osoba starije dobi o njihovim pravima i odgovornostima. Potrebno je razvijati prijateljski odnos u instituciji s obitelji korisnika kroz aktivnosti koje otvaraju instituciju prema zajednici te kroz provedbu »obitelj-friendly-filozofije«. U timu stvarati odnos u kojem će se osoblje osjećati zbrinuto, cijenjeno i vrijedno te omogućiti vrijeme medicinskim sestrama za razmišljanje o svojim i tuđim postupcima. Naime, svjedoci zlostavljanja neće izvijestiti o tome nadređene tako dugo dok je situacija neugodna (Erlingsson, 2007), stoga je na voditeljima ustanove da omoguće vrijeme za individualne razgovore.

LITERATURA

1. Abdelhadi, N. i Drach - Zahavy, A. (2011). Promoting patient care: work engagement as a mediator between ward service climate and patient centred care. *Journal of advanced Nursing*, 68 (6), 1276–1287.
2. Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W. i Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The national elder mistreatment study. *American Journal of Public Health*, 100 (2), 292–297.
3. Alma Mater Europaea – ECM. (2014). Predstavljena knjižica socialna gerontologija. Pridobljeno, s <http://www.almamater.si/socialna-gerontologija-c18>.
4. Ananias, J. i Herman, S. (2014). Factors contributing to elder abuse and neglect in the informal caregiving setting. *Social Work*, 50 (2), 268–284.
5. Arling, G., Kane, R. L., Lewis, T. i Mueller, C. (2005). Future development of nursing home quality indicators. *The Gerontologist*, 45 (2), 147–156.
6. Atlanta Long Term Care Ombudsman Program. Pridobljeno, s: http://www.centeronelderabuse.org/docs/Abuse_of_Residents_of_Long_Term_Care_Facilities.pdf.
7. Ayalon, L. (2011). Abuse is in the eyes of the beholder: using multiple perspectives to evaluate elder mistreatment under round-the-clock foreign home carers in Israel. *Ageing and Society*, 31 (3), 499–520.
8. Brooker, D. (2003). What is person-centred care in dementia?. *Reviews in clinical gerontology*, 13 (3), 215–222.
9. Bužgová, R. i Ivanová, K. (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*, 16 (1), 110–126.
10. Castle, N. G. (2008). Nursing home caregiver staffing levels and quality of care a literature review. *Journal of Applied Gerontology*, 27 (4), 375–405.
11. Castle, N., Ferguson - Rome, J. C. i Teresi, J. A. (2015). Elder Abuse in Residential Long-Term Care: An Update to the 2003 National Research Council Report. *Journal of Applied Gerontology*, 34 (4), 407–443.

12. Charpenter, M. i Soulières, M. (2007). Way forward – preventing elder abuse in institutional settings. Pridobljeno 1. 2. 2017, s <http://www.uqam.ca/nouvelles/2007/07-223-dec-a.pdf>.
13. Clark, J. (2010). Defining the concept of dignity and developing a model to promote its use in practice. *Nursing Times*, 106 (20), 16–9. Pridobljeno 2. 2. 2017, s <http://www.nursingtimes.net/roles/practice-nurses/defining-the-concept-of-dignity-and-developing-a-model-to-promote-its-use-in-practice/5015026.fullarticle>.
14. Davies, S., Laker, S. i Ellis, L. (1997). Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 26 (2), 408–417.
15. De Donder, L., Lang, G., Luoma, M., Penhale, B., Ferreira, A. J., Tamutiene, I. idr. (2011). Perpetrators of abuse against older women: a multi-national study in Europe. *The Journal of Adult Protection*, 13 (6), 302–314.
16. Despot Lučanin, J. (2003). *Iskustvo starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
17. Erlingsson, C. (2007). Elder abuse explored through a prism of perceptions: Perspectives of potential witnesses (Doktorska disertacija). Umeå: Umeå University, Department of Nursing.
18. European Commission. (2008). Protecting the dignity of dependent older people. Pridobljeno 2. 2. 2017, s http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-08-166_en.htm?locale=en/.
19. Garner, J. i Evans, S. (2003). An ethical perspective on institutional abuse of older adults. *Psychiatric Bulletin*, 26 (5), 164–166.
20. Harris, D. J., O'Boyle, M., Bates, E. i Buckley, C. (2014). *Harris, O'Boyle & Warbrick: Law of the European convention on human rights*. USA: Oxford University Press.
21. Hawes, C. (2003). Elder Abuse in Residential Long-Term Care Settings: What Is Known and What Information Is Needed? U Elder mistreatment, abuse, neglect and exploitation in an aging, ur. Bonnie, Richard, Wallace, Robert B. 446-501. Washington: The National Academies Press. Pridobljeno 2. 2. 2017, s http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf?ua=1.
22. International Council of Nurses (2002). ICN Position Statement. Patient Safety. Pridobljeno 15. 10. 2017, s <http://www.icn.ch/pspatientsafe.htm>.
23. Jayawardena, K. M. i Solomon, L. (2006). Elder abuse at end of life. *Journal of palliative medicine*, 9 (1), 127–136.
24. Kitwood, T. (1997). *On being a person. In dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham and Philadelphia: Open University Press.
25. Laklija, M., Rusac, S. i Žganec, N. (2008). Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj iu zemljama Europske unije. *Revija za socijalnu politiku* 15 (2), 171–188.
26. Laumann, Edward, O., Leitsch, S. A. i Waite, L. J. (2008). Elder mistreatment in the United States: Prevalence estimates from a nationally representative study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63 (4), 248–254.
27. Lowenstein, A., Eisikovits, Z., Band - Winterstein, T. i Enosh, G. (2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the first national prevalence survey in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21 (3), 253–277.
28. Malmedal, W., Iversen, M. H. i Kilvik, A. (2014). Sexual Abuse of Older Nursing Home Residents: A Literature Review. *Nursing Research and Practice*, 1–7. Pridobljeno 3. 2. 2017, s <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2015/902515/abs/>.
29. Markovik, M., Jordanova, P., Dimitrinka, S. D., Kisman, M. in Serafimovska, E. (2014). *Community survey of elder maltreatment: A report from the former Yugoslav Republic of Macedonia*. Copenhagen: World Health Organization.
30. McDonald, L. (2007). Abuse and neglect of elders. V J. E. Birren (ur.), *Encyclopedia of gerontology* (str. 1–10). United Kingdom: Academic Press.
31. Ministarstvo socijalne politike i mladih Republike Hrvatske. (2014). *Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014–2016*. Pridobljeno 10. 2. 2017, s <https://vlada.gov.hr/pristup-informacijama/programi-strategije-planovi-i-izvjesca/strateski-dokumenti-vlade-rh/ministarstvo-za-demografiju-obitelj-mlade-i-socijalnu-politiku/17700>.

32. Nadien, M. B. (2006). Factors that influence abusive interactions between aging women and their caregivers. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087 (1), 158–169.
33. Natan, M. B., Lowenstein, A. i Eisikovits, Z. (2010). Psychosocial factors affecting elders' maltreatment in longterm care facilities. *International nursing review*, 57 (1), 113–120.
34. National Center on Elder Abuse, Washington, DC. 2005. Elder Abuse Prevalence and Incidence. Pridobljeno 14. 3. 2017, s https://aoa.acl.gov/AoA_Programs/Elder_Rights/NCEA/index.aspx.
35. Panikvar, N. (2013). *Kazalci zlorab in nasilja nad starejšimi (Doktorska dizertacija)*. Maribor: University of Maribor, Faculty of Health Sciences.
36. Post, L., Page, C., Conner, T., Prokhorov, A., Fang, Y. i Biroscak, B. J. (2010). Elder abuse in long-term care: Types, patterns, and risk factors. *Research on Aging*, 32 (3), 323–348.
37. Rešetar Čulo, I. (2014). *Zaštita prava starijih osoba u Evropi: trenutno stanje, nedostatci i izzovi*. *Pravni vjesnik*, 30 (2), 117–135.
38. Rimac, B. i Vičić - Hudorović, V. (2013). Utjecaj obrazovanja zdravstvenih djelatnika na sigurnost pacijenata. *SG/NJ*, 18, 22–47.
39. Rodgers, V. i Neville, S. (2007). Personal autonomy for older people living in residential care: an overview. *Nursing Praxis in New Zealand*, 23 (1), 29–36.
40. Rusac, S. i Čizmin, A. (2011). Nasilje nad starijim osobama u ustanovama. *Med Jad.*, 41 (1–2), 51–58.
41. Selwood, A., Cooper, C. i Livingston, G. (2007). What is elder abuse - who decides? *International journal of geriatric psychiatry*, 22 (10), 1009–1012.
42. Sequist, T. D., Von G., Ted, L., Angela, R., William H. i Dana, G. S. (2012). Measuring chronic care delivery: patient experiences and clinical performance. *International Journal for Quality in Health Care*, 24 (3), 206–213.
43. Sevr, A. (2009). More than wife abuse that has gone old: a conceptual model for violence against the aged in Canada and the US. *Journal of Comparative Family Studies*, 40 (2), 279–292.
44. Tomek - Roksandić, S., Šostar, Z. i Fortuna, F. (2012). Četiri stupa gerijatrijske zdravstvene njege sa sestriškom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe. Zagreb: Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba.
45. Warner S. K. i Willis, S. L. (2001). *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
46. Wiglesworth, A., Austin, R., Corona, M., Schneider, D., Liao, S., Gibbs, L. i Mosqueda, L. (2009). Bruising as a marker of physical elder abuse. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 (7), 1191–1196.
47. World Health Organization. (2005). *Abuse of the elderly*. Pridobljeno 2. 2. 2017, s http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap5.pdf.
48. Železnik, D. (2007). *Self-care of the home-dwelling elderly people living in Slovenia*. University of Oulu: Oulun yliopisto.

Analiza uvajanja sistema kakovosti v slovenskem zdravstvu

UDK 614.2:005.336.3

KLJUČNE BESEDE: zdravstvo, kakovost, standardi kakovosti, varnost pacientov, menedžment kakovosti

POVZETEK - Osnovno poslanstvo kakovosti v zdravstvu se nanaša na zadovoljstvo in varnost pacienta, ki naj bi ga organizacija obravnavala kot partnerja z vsemi njegovimi potrebami in željami. Sistem kakovosti je tudi orodje za optimizacijo delovnega procesa, zagotavljanje preglednosti in sledljivosti. V letu 2016 je imelo pridobljen certifikat standarda ISO 9001 komaj 30 % slovenskih zdravstvenih domov in 60 % bolnišnic; certifikat akreditacije pa je imelo v letu 2016 kar 85 % slovenskih bolnišnic, ki so bile v akreditiranje prisiljene s sistemsko ureditvijo. Ne glede na vse formalno pridobljene standarde pa se v praksi ugotavlja, da je kakovost preveč prepuščena strokovnjakom za kakovost v posameznih zavodih in ustanovah, da je kakovost »specializirano« področje in da je znanje o kakovosti omejeno na strokovnjake (interne strokovnjake in zunanje svetovalce za kakovost). Prihodnost kakovosti je v menedžmentu kakovosti, ki se odraža v menedžmentu sistema vodenja poslovnih procesov in menedžmentu ljudi, njihovemu motiviranju in usposabljanju.

UDC 614.2:005.336.3

KEY WORDS: quality system, quality and patient safety, quality management

ABSTRACT - The basic mission of quality in health care refers to the patient's satisfaction and safety, in which the organisation should consider the patient as a partner with all its needs and desires. The quality system is also a tool for optimising the work process, ensuring transparency and traceability. In 2016, only 30% of all Slovenian healthcare centres and 60% of hospitals were awarded with the ISO 9001 certificate; however, the certificate of accreditation in the year 2016 was held by 85% of Slovenian hospitals, which were forced into accreditation by the systemic regulation. Regardless of all formally acquired standards, it can be concluded from practice that quality is mostly left to quality experts in individual institutions, that quality is a "specialised" area, and that knowledge of quality is limited to professionals (internal experts and external consultants for quality). The future of quality is in quality management, which is reflected in managing the system of the business process management, as well as in the management of people, their motivation, and training.

1 Uvod

Pričakovanja javnosti po boljšem delovanju javnega sektorja in po kakovostnih javnih storitvah so vedno višja, kar pa od državne uprave oziroma javnega sektorja zahteva boljšo identifikacijo pričakovanj svojih strank in posledično takšno raven delovanja ter zagotavljanja storitev, z namenom, da bo zadovoljstvo uporabnikov doseženo (Žurga, 2001, str. 35). V svojem članku Kovač (2000, str. 86) omeni termin kakovostna storitev, za katero pravi, da je kakovostna, če opravi tisto, za kar je predvidena in se odziva na potrebe uporabnika. Bistveno je, da je kakovost skladnost s potrebami in pričakovanji uporabnikov. Kakovost je proces, ki poudarja, da se je bolje osredotočiti na procese kot na končne rezultate.

Po svetu se izboljševanja kakovosti lotevajo različno, s tem, da je njihovo skupno izhodišče zadovoljevanje uporabnikov javnih storitev. Kakovost v Združenih državah Amerike in v Veliki Britaniji enačijo z usmerjenostjo k uporabniku in učinkovito rabo

virov. Prav tako poudarjajo tudi inovativnost. Za zgled si lahko vzamemo ukrepe t.i. državljanske listine v Veliki Britaniji, Belgiji, Franciji, Portugalski in uporabo kakovostnih shem kot je to evropski model poslovne odličnosti in serije standardov ISO 9000 (Kovač, 2000, str. 287).

Strategija kakovosti in odličnosti do leta 2015 je bila v Sloveniji izdelana, vendar v poslovni praksi ni pravih učinkov niti ključnega preskoka v razumevanju pomembnosti in koristi modelov. Glavne ovire pri uvajanju standardov so nemotiviranost zaposlenih za uvajanje sprememb ter nezaupanje vodstva v nove modele in standarde. (Peršič in Markič, 2012, str. 216–217).

Peršič in Markič (2012, str. 217–218) sta izvedla raziskavo med 54 velikimi storitvenimi organizacijami v Sloveniji, ki je pokazala, da je ISO standard 9001 najbolj razširjen med uvedenimi standardi v organizacijah ter da te organizacije bolje poznajo orodja vodenja in povezave med standardi, za kar menita, da je zaskrbljujoče.

Na področju zavodov, ki izvajajo zdravstvene storitve, je uvedba ISO 9001 standarda bila zamišljena, vendar zamisel uradno ni zaživela, saj v finančnih načrtih za izvajanje zdravstvenih storitev nikoli ni bilo predvidenih sredstev za vzpostavitev sistema vodenja kakovosti. Zato so bili zavodi prepuščeni lastnim odločitvam in interesom za uvedbo standardov. Obvezo po uvedbi standarda kakovosti oziroma mednarodne akreditacije so imele le bolnišnice.

2 Kakovost v zdravstvu

2.1 Opredelitev kakovosti v zdravstvu

Zdravstvene storitve so ena najboljčutiljivejših kategorij storitev, saj se neposredno nanašajo na stanje in počutje uporabnika, ki je izredno subjektiven pri ocenjevanju ustreznosti in zadovoljstva s storitvijo. Ustreznost izvedbe in zadovoljstvo je neposredno povezano z izidom, ki se nanaša na njegovo zdravstveno stanje in sodi med najosnovnejše potrebe. Zadovoljstvo je povezano tudi s strokovnim nepoznavanjem izvajanja ter primerjanjem osebne izkušnje, ki se od primera do primera razlikuje zaradi doživljanja, dojemanja, razumevanja in razlik med primeri, ki jih je ravno v zdravstvu težko poenotiti. Specifična posebnost v zdravstvu je, da so pričakovanja uporabnikov zdravstvenih storitev visoka. Raven kakovosti storitev in zadovoljstvo uporabnikov pa se največkrat ocenjuje po nemerljivih sestavinah, kot so pričakovanja, želje, vrednote in osebnostne značilnosti uporabnikov. Načrtovanje zdravstvenih storitev je izvedeno na nacionalnem nivoju na podlagi analiz, izhodišč, pravil, segmentacije trga in finančnega stanja zdravstvene blagajne, kar velikokrat ne dosega potreb na trgu. Zaradi tega načrtovanja zdravstvenih storitev, ki ni skladno s potrebami in pričakovanji uporabnikov, je zadovoljstvo uporabnikov in izvajalcev velikokrat na nezavidljivi stopnji. Zdravstveni zavodi so obvezani na podlagi nacionalnega načrta izpolnjevati vnaprej določene obveznosti. Posamezni zavod ima nekaj maneverskega prostora za prilagajanje uporabnikom in zaposlenim, ki ga izkoristi za dvig zadovoljstva, in je navadno

pogojen tudi z njegovo velikostjo. Glede na to, da v zdravstvu na številnih področjih večinoma niso sprejeti enotni standardi, si posamezni zavodi pomagajo z vpeljavo drugih mednarodnih standardov, katerih namen je večja transparentnost, gospodarnost, urejenost in usklajenost, ureditev procesov in postopkov ter dvig zadovoljstva in dodane vrednosti poslovanja.

2.2 Razvoj kakovosti v zdravstvu

Kakovost zdravstvenih storitev je primarno opredelil že leta 1992 Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in velja za enega glavnih ciljev zdravstvenega varstva (Leskošek in Pajntar, 2004, str. 42). Leta 2006 je Ministrstvo za zdravje izdalo Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu, leta 2010 pa Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu. Oba dokumenta sta osnova za sistematično vpeljevanje kakovosti v zdravstvene zavode, ki opredeljujeta strateške cilje, usmeritve, izhodišča in načela za razvoj, vpeljevanje in izboljševanje kakovosti. Zaključni ukrepi za vpeljavo standardov in kakovosti niso bili postavljeni, zato so zavodi samostojno vpeljevali različne modele in standarde.

Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010–2015 (str. 10–11) opisuje stanje razvoja celovitega pristopa, ki je bil naslednji:

- uvajanje sistema samoocenjevanja in zunanje akreditacije leta 2004 in se je nanašalo na bolnišnice;
- sistem celovitega vodenja kakovosti se je počasi stopnjevalo v zadnjem desetletju, spreminjanje organizacijske kulture poteka počasi;
- sistem spremljanja opozorilnih nevarnih dogodkov, kar pomeni obravnavo najhujših varnostnih zapletov pri pacientih, ki je zaživel leta 2009;
- uvedba kliničnih poti, ki so jih javni zdravstveni zavodi pričeli uvajati v zadnjem desetletju, med največje izzive na tem področju pa sodijo komunikacija med osebjem, računalniška podpora in uskladitev različnih pristopov strokovnjakov;
- osredotočenost zdravstvenega sistema na pacienta;
- vključitev vsebine o kakovosti in varnosti v programe formalnega izobraževanja zdravstvenih delavcev.

Uspešnost in učinkovitost sprejete nacionalne strategije se sicer kaže v vseh šestih točkah opisanega stanja razvoja, vendar le v posameznih zavodih, kar kaže tudi v nadaljevanju navedena raziskava Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije v letu 2013. Glavni namen strategije je bil učinkovito razvijanje sistematičnosti in strokovnosti ter nenehnega izboljševanja zdravstvene obravnave in varnosti pacientov.

Osnovno poslanstvo kakovosti v zdravstvu se nanaša na zadovoljstvo pacienta, ki naj bi ga organizacija obravnavala kot partnerja z vsemi njegovimi potrebami in željami, kljub temu, da nacionalni sistem zdravstva omejuje takšno razmišljanje s smernicami in pravili, organizaciji pušča proste roke za pristope, izven kritja obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Na tej točki se lahko zdravstvena organizacija odloča o drugačnosti, primernosti, spremembah in dopolnitvah. Ravno spremembe in izboljšave poudarjajo oz. zahtevajo ISO standardi na vseh področjih organiziranosti, delovanja in poslovanja. Izboljšava je sprememba, ki pomeni boljše uspešnost delo-

vanja s katerokoli metodo, ki bo privedla do izmerljive koristi glede na zastavljeni cilj (Robida, 2009, str. 89).

2.3 Načela in cilji kakovosti v zdravstvu

Nacionalne usmeritve in nacionalna strategija kakovosti v zdravstvu upoštevajo šest načel kakovosti. Ta načela so:

- varnost, ki opredeljuje varno obravnavo pacienta in odgovarja na vprašanje, ali se lahko pacientu škodi s postopki in delom;
- uspešnost, ki raziskuje izboljševanje zdravstvenega stanja pacienta;
- pravočasnost, ki regulira čakalne dobe in vrste;
- učinkovitost se ukvarja s stroškovnim vidikom izvedenih zdravstvenih storitev;
- enakopravnost odpravlja razlike med pacienti z vidika spola, starosti in socialnega;
- statusa in predvideva enako dostopnost do zdravstvenih storitev;
- osredotočenost na pacienta raziskuje, ali so bile pacientu ponujene najboljše možnosti.

Sprejeta načela kakovosti v zdravstvu so osnova za izvajanje ustreznih zdravstvenih storitev ter temeljijo na vrednotah in različnih standardih. Razvoj načel se največkrat meri z anketami, ki jih izpolnjujejo uporabniki in izvajalci ter strokovnimi raziskavami izvajalcev ali neodvisnih institucij. Napredek v pozitivno smer je na podlagi razpoložljivih podatkov sicer zaznan in evidentiran, vendar sistem kakovosti teži k nenehnemu izboljševanju in prepoznavanju morebitnih tveganj. Ravno zaradi tega je nujno postaviti smernice in jasno določene standarde, ki bodo podajali enotne informacije za nadaljnje analize in sledenje razvoja sistema, prijaznega uporabniku in tudi izvajalcu.

»Standard EN 15224 vključuje zahteve ISO 9001 in jih nadgrajuje z dodatnimi pojasnili, specifikacijami in zahtevami za področje zdravstvene oskrbe. Poudarek daje kliničnim procesom in upravljanju tveganj skozi načrtovanje, delovanje in obvladovanje procesov.« (http://www.siq.si/ocenjevanje_sistemov_vodenja/storitve/kakovost_v_zdravstvu/index.html). Standard opredeljuje najbolj temeljne zahteve za storitve v zdravstveni oskrbi in določa karakteristike, ki predstavljajo temeljne zahteve za kakovost zdravstvene oskrbe, te pa so:

- primerna in pravilna oskrba,
- razpoložljivost,
- neprekinjena in nemotena oskrba,
- uspešnost,
- učinkovitost,
- enakost,
- upoštevanje razpoložljivih dokazov o najuspešnejših pristopih,
- na pacienta osredotočena oskrba, ki vključuje spoštovanje njegove integritete,
- vključenost pacienta,
- varnost in pravočasnost ter dosegljivost.

Standard EN 15224 in dokumenta, sprejeta na nacionalni ravni, predvidevajo v zdravstvu enaka načela za upravljanje in izboljševanje kakovosti. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu (2006, str. 52–56) pa opredeljujejo še tri cilje za uvajanje kakovosti v zdravstvu Slovenije, in sicer:

- vzpostavitev struktur na ravni ustanov, kakršna jim bi najbolj koristila pri nenehnem izboljševanju;
- vsebine na ravni izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki morajo biti skrbno načrtovane, z jasno opredeljenimi cilji in merljivimi kazalniki, upoštevajoč usmeritve za razvoj kakovosti in varnosti;
- strukture na ravni države, ki bi spremljala razvoj in uresničevanje načrtov ter analizirala ter primerjala in usmerjala razvoj kakovosti.

Nacionalne usmeritve in strategije so predvidele celovit pristop k razvoju, ciljem in obvladovanju kakovosti v zdravstvu, vendar je zaradi neopredeljenih virov in minimalne spodbude, odpora nekaterih interesnih skupin in pomanjkanja interesa za vodenje in povezovanje na najvišji ravni, projekt kakovosti v zdravstvu ostal prepuščen ambicioznim menedžerjem, ki so v vpeljavi sistema vodenja in upravljanja, vzdrževanja in izboljševanja kakovosti videli dodano vrednost za posamezni zdravstveni zavod. Izjema so bolnišnice, ki so bile prisiljene v mednarodno akreditacijo, saj bi v primeru »neuedbe« utrpele finančne posledice.

3 Analiza uvajanja sistema kakovosti v slovenskem zdravstvu

V Slovenije je 26 bolnišnic in 65 zdravstvenih domov. Na državnem nivoju se ne vodi evidenca o stanju vpeljanih ISO standardov v zdravstvene zavode, resorno ministristvo za zdravje vodi le evidenco o stanju vpeljane mednarodne akreditacije bolnišnic. Leta 2013 je Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije naredilo anketo o aktivnostih zdravstvenih zavodov na področju kakovosti. Čeprav naj bi po smernicah zdravstveni zavodi uvedli sistem kakovosti ISO standardov do konca leta 2015, se žal to ni zgodilo. Smernice so vseeno upoštevali nekateri zdravstveni zavodi in standarde tudi uvedli. Obvezna uvedba mednarodnega standarda akreditacije je veljala le za bolnišnice, ki so imele kot obvezo uvedbe mednarodnega standarda zapisano v določila Splošnega dogovora, na osnovi katerega se sklepajo letne pogodbe za financiranje. V primeru, da bolnišnice do leta 2015 ne bi uvedle katerikoli standard mednarodne akreditacije bi utrpele finančne posledice. Bolnišnice so se lahko akreditirale po treh mednarodno priznanih standardih, in sicer:

- AACI – International Accreditation Standards for Healthcare Organizations,
- ACI Accreditation Canada Internationalal in
- DIAS/DNV – International Accreditation Standard for Hospitals.

V nadaljevanju prikazujemo rezultate izvedene Ankete s strani Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije glede izvajanja aktivnosti zdravstvenih zavodov Slovenije (bolnišnic in zdravstvenih domov) na področju uvajanja sistema kakovosti.

Tabela 1: Standardi kakovosti v slovenskih bolnišnicah in zdravstvenih domovih v letu 2013 in 2016

| Zavod | Pridobljen certifikat | V postopku pridobitve certifikata | Brez aktivnosti | Pridobljen certifikat |
|---------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------------|
| ISO standard | | | | ISO standard |
| 2013 | | | | 2016 |
| Bolnišnice | 9 | 9 | 8 | 16 |
| Zdravstveni domovi | 17 | 9 | 18 | 19 |
| Akreditacija | | | | Akreditacija |
| Bolnišnice | 11 | 14 | 1 | 22 |
| Zdravstveni domovi | 1 | 0 | 0 | 1 |

Vir: Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, 2013 in MZZ, 2016.

V anketi Združenja leta 2013 je sodelovalo 26 bolnišnic in 43 zdravstvenih domov. Rezultati ankete so pokazali, da je imelo v letu 2013 26 zdravstvenih zavodov pridobljen certifikat ISO 9001, od tega 9 bolnišnic in 17 zdravstvenih domov. Nadalje je iz Ankete razvidno, da je bilo 18 zavodov v postopku pridobivanja oziroma uvajanja ISO standarda in sicer 9 bolnišnic in 9 zdravstvenih domov. Zaskrbljujoča je ugotovitev, da kar 26 zdravstvenih zavodov, od tega 8 bolnišnic in 18 zdravstvenih domov ni vodilo nobene aktivnosti na področju uvajanja sistema kakovosti ISO standarda. Glede na dejstvo, da se 22 zdravstvenih domov na anketo ni odzvalo lahko sklepamo, da le-ti ne vodijo aktivnosti na področju uvajanja sistema kakovosti po ISO standardu.

Na področju uvajanja akreditacij je leto do leta 2013 pridobilo 12 zdravstvenih zavodov, od tega 11 bolnišnic in 1 zdravstveni dom. V postopku pridobivanja akreditacije je bilo skupaj 14 zdravstvenih zavodov oziroma bolnišnic. Visok odstotek pridobljene akreditacije oziroma bolnišnic v postopku uvajanja akreditacije ne preseneča, saj so bile bolnišnice prisiljene mednarodno se akreditirati do leta 2015. V nasprotnem primeru bi utrpele finančne posledice s strani plačnika zdravstvenih storitev, to je Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Po podatkih Ministrstva za zdravje je bilo do leta 2016 akreditiranih 22 bolnišnic, to je skoraj 85 %, kar je bilo pričakovati glede na sistemski ukrep po obvezni akreditaciji bolnišnic. Zdravstveni domovi se glede na dejstvo, da zanje ni bilo uvedenega sistemskega ukrepa, ki bi jim nalagal obvezno akreditacijo, kot je to veljalo za bolnišnice, v glavnem niso akreditirali. Je pa do leta 2015 pridobilo certifikat ISO standard skupaj 19 zdravstvenih domov, kar predstavlja komaj 30 % od vseh zdravstvenih domov v Sloveniji in 16 bolnišnic ali 60 %. Dejstvo, da so se skoraj vse bolnišnice mednarodno akreditirale do zakonsko določenega roka pove, da je na žalost le prisila tista, ki zavode sili v izvedbo ustreznega sistema kakovosti. Tudi odstotek pridobljenega ISO standarda je v bolnišnicah bistveno višji kot pri zdravstvenih domovih, kar pomeni, da ima obveza tudi dodatne pozitivne učinke na zavode glede uvajanja sistema kakovosti. Sklepamo lahko, da bi tudi ostali zdravstveni zavodi sprejeli predpisane standarde, v kolikor bi bili v to prisiljeni s sistemsko ureditvijo.

Smernice, ki jih zastavljajo v organizacijah standardi na podlagi zahtev, spremenjeni način razmišljanja in dodana vrednost, ki jo prinašajo uvedeni sistemi in modeli, so

morale sprejeti bolnišnice, odzivnost na uvedbo standardov v zdravstvene domove pa je slaba, saj le ti niso bili prisiljeni uvesti standarda kot npr. bolnišnice. Poleg tega je slabi odzivnosti zdravstvenih domov na uvedbo standardov botrovala tudi splošna nezainteresiranost za uvedbo sprememb, ki bi pomenile drugačno delovanje, obnašanje, organizacijo, poslovanje, dodatne kontrole na podlagi kazalnikov in nenazadnje spremembo mišljenja zaposlenih in uporabnikov.

Danes, ko so praktično skoraj vse slovenske bolnišnice prestale zunanjo presojo in pridobile mednarodno akreditacijo, ugotavljamo, da se je obremenitev zaposlenih, ki neposredno delajo s pacientom, zaradi vodenja dodatnih evidenc in postopkov povečala, kakovost in varnost ter način dela pa so v glavnem ostali na istem nivoju. Procesna organiziranost bolnišnic je večinoma na papirju in zgolj pogostokrat izražena želja vodstva, tudi izobraževanje in pridobljene kompetence zaposlenih se ni bistveno izboljšalo. Kljub temu, da je upravljanje in preurejanje procesov v gospodarstvu že dolgo strokovno področje, ki zahteva dodatno znanje in kompetence ter ustrezno uporabo informacijskih rešitev, so se v zdravstvu s tem ukvarjali in svetovali predvsem zunanji svetovalci za kakovost, ki imajo le omejena znanja s področja zdravstva. Kakovost v zdravstvu tako ostaja le posel za zunanje svetovalce in presojevalce kakovosti, premalo pa način poslovanja v smislu obvladovanja kakovosti procesov.

4 Zaključek

Strategija kakovosti in odličnosti do leta 2015 je bila v Sloveniji izdelana, vendar v poslovni praksi ni pravih učinkov niti ključnega preskoka v razumevanju pomembnosti in koristi modelov. Glavne ovire pri uvajanju standardov so nemotiviranost zaposlenih za uvajanje sprememb ter nezaupanje vodstva v nove modele in standarde. (Peršič in Markič, 2012, str. 216–217). Krovni zdravstveni zakon, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, je že leta 1992 kot glavni cilj zdravstvenega varstva določil kakovost zdravstvenih storitev. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu Ministrstva za zdravje iz let 2006 je strateški dokument, ki podaja smernice in usmeritve za vpeljavo mednarodnih standardov kakovosti v sistem zdravstvene oz. medicinske obravnave.

Za razumevanje kakovosti v zdravstvu je potrebno uskladiti različne poglede vseh zainteresiranih strani, v kolikor bi bil lahko sistem učinkovit, uspešen in čim bolj prilagojen potrebam in pričakovanjem. Osnovno poslanstvo se nanaša na zadovoljstvo pacienta, ki naj bi ga organizacija obravnavala kot partnerja z vsemi njegovimi potrebami in željami. Nacionalne usmeritve in strategije so predvidele celovit pristop k razvoju, ciljem in obvladovanju kakovosti v zdravstvu, vendar je zaradi neopredeljenih virov in minimalne spodbude, odpora nekaterih interesnih skupin in pomanjkanja interesa za vodenje in povezovanje na najvišji ravni, projekt kakovosti v zdravstvu ostal prepuščen ambicioznim menedžerjem, ki so v vpeljavi sistema vodenja in upravljanja, vzdrževanja in izboljševanja kakovosti videli dodano vrednost za posamezni zdravstveni zavod.

Ministrstvo za zdravje Slovenije ne vodi evidence o stanju vpeljanih ISO standardov v zdravstvene zavode, pač pa le stanje o akreditiranih bolnišnicah. Kljub temu da je institucija določila, da se uvedba ISO standarda 900 izvede do leta 2015, je to ostalo le na papirju. Smernice so vseeno upoštevali nekateri zdravstveni zavodi in standard tudi uvedli. Obvezna uvedba mednarodnega standarda akreditacije je veljala le za bolnišnice, ki so zaradi nespoštovanja določil Splošnega dogovora lahko imele tudi finančne posledice.

V letu 2013 je imelo 26 zdravstvenih zavodov pridobljen certifikat ISO 9001, 18 zavodov je bilo v postopku, 26 zavodov pa je bilo na tem področju brez aktivnosti. Glede na neodzivnost v anketi se lahko sklepa, da 22 zdravstvenih domov, ki ni sodelovalo v anketi, ravno tako ne deluje na področju uvajanja sistema kakovosti. Bolnišnice so imele finančno obvezo akreditirati se, zato je pristop k pridobitvi akreditacije visok, pri zdravstvenih domovih pa v letu 2013 ni vreden omembe. Do leta 2016 je bilo akreditiranih 85 % slovenskih bolnišnic, pridobljeni ISO standard pa je imelo 60 % bolnišnic. Na drugi strani pa je do leta 2016 pridobilo certifikat ISO standard le 30 % slovenskih zdravstvenih domov, medtem ko se je akreditiral le 1 zdravstveni dom. Podatki kažejo, da so zavodi, ki so bili obvezani sprejeti standarde s strani nacionalnega predpisa in bi za neupoštevanje določil bili finančno obremenjeni, standarde uvedli. Iz tega lahko sklepamo, da bi tudi ostali zavodi sprejeli predpisane standarde, v kolikor bi bili v to prisiljeni s sistemsko ureditvijo.

Ne glede na vse formalno pridobljene standarde pa se v praksi ugotavlja, da je kakovost preveč prepuščena strokovnjakom za kakovost v posameznih zavodih in ustanovah, da je kakovost »specializirano« področje in da je znanje o kakovosti omejeno na strokovnjake (interne strokovnjake in zunanje svetovalce za kakovost). Vse prevečkrat služijo certifikati, akreditacije zato, da se zaščiti kakovost, vse to pa zavira miselni premik pri razumevanju kakovosti poslovnega sistema kot celote. Skrb za kakovost posamezne aktivnosti in poslovnih procesov je naloga vsakega zaposlenega, predvsem pa osnovna naloga vseh vodij, do glavnega menedžerja.

Prihodnost kakovosti je v menedžmentu kakovosti, ki se odraža v menedžmentu sistema vodenja poslovnih procesov in menedžmentu ljudi, njihovemu motiviranju in usposabljanju. Torej nič več paralelnega sistema kakovosti, pač pa potreba, da ima vsak zaposleni znanje in kompetence, da bo svoje delo opravil kakovostno in tako poskrbel za kakovost celotnega procesa, v katerem sodeluje. V slovenskem zdravstvu je nujno preiti iz toge hierarhične organiziranosti v procesni način poslovanja, usposobiti in opolnomočiti zaposlene in jih spodbujati, da bo timsko delo teklo brez zapletov, da bodo cilji organizacije tudi njihovi cilji.

LITERATURA

1. Crosby, B. P. (1996). Thinking about excellence: Service is a product. *The Journal for Quality and Participation*, 19 (6), 70.
2. <http://www.mojdenar.com/alea/dokumenti/dokument.asp?id=14%20#kaz2>.
3. http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/kakovost_in_varnost/vodenje_kakovosti_in_akreditacije/.

4. http://www.siq.si/ocenjevanje_sistemov_vodenja/storitve/kakovost_v_zdravstvu/index.html.
5. Kovač, P. (2000). Javna uprava v znamenju ljudi. Teorija in praksa, 2, 279–293.
6. Ministrstvo za zdravje, 2016: Evidenco o stanju vpeljane mednarodne akreditacije bolnišnic.
7. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010 – 2015. (2010). MZZ.
8. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu, Ministrstvo za zdravje (2006). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
9. Peršič, A. in Markič, M. (2012). Integracija standardov vodenja v storitvenih organizacijah. Management, 7 (3).
10. Robida, A. (2009). Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV.
11. Vukšinič, D. (2016). Vloga in pomen ISO standardov v javnih zavodih na Dolenjskem (Magistrska naloga). Novo mesto: VŠUP.
12. Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, 2013: Anketa glede izvajanja aktivnosti zdravstvenih zavodov Slovenije (bolnišnic in zdravstvenih domov) na področju uvajanja sistema kakovosti.
13. Žurga, G. (2001). Kakovost državne uprave: pristopi in rešitve. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Integrirana oskrba v Evropi in Sloveniji: koncept, definicije in primeri dobre prakse

UDK 364-783-024.13

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena oskrba, socialna oskrba, integrirana oskrba, pacienti, izobraževanje, poklici skrbi, samoocenjevanje

POVZETEK - Osredotočenost na razvoj integrirane oskrbe izhaja iz potrebe držav po doseganju »trojnega cilja« - hkratnega osredotočanja na izboljšanje izidov zdravstvene oskrbe, izboljšanje izkušenj pacientov z oskrbo in zmanjševanje stroškov - za sodoben, odziven in trajnostni zdravstveni sistem. Predstavlja izboljšanje rezultatov oskrbe s premagovanjem vprašanj razdrobljenosti s povezovanjem ali z usklajevanjem storitev ponudnikov ob kontinuumu oskrbe. Iz izkušenj uvajanja integrirane oskrbe v Evropi je bilo kot dejavnik uspeha prepoznanih 11 načel in razvito orodje za samoocenjevanje z 12-imi »dimenzijami«. Pojavlja se vprašanje, kako je z implementacijo teh načel in uporabo orodja v Sloveniji. V juliju 2017 je bil opravljen tematski pregled izbranih pisnih virov Evropske komisije in slovenske vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov s pomočjo aplikacije COBISS+. Ugotovitve so predstavljene na ravni sinteze z uporabo standardiziranega orodja za samoocenjevanje. Prizadevanja za uvajanje integrirane oskrbe so v Sloveniji delno prisotna glede na večino dimenzij samoocenjevanja, ki se ne izvaja avtomatsko. Upošteva se priporočilo, da je procese integrirane oskrbe treba obravnavati in nenehno razvijati predvsem na mikro ravni, pri čemer se na nacionalni ravni zagotavljajo različni načini za podporo temu razvoju.

UDC 364-783-024.13

KEY WORDS: integrated health and social care, principles of integrated care, patient focus, education for care professions, self-assessment tool

ABSTRACT - The focus on the development of integrated care is based on the need of achieving the "triple objective" - simultaneous focus on improving the outcomes of care, improving patients' experience of care, and reduction of costs - for a modern, responsive, and sustainable healthcare system. It represents an improvement of the care results by overcoming fragmentation issues by linking or coordinating the providers of services with a continuum of care. From the experience of introducing integrated care in Europe, eleven principles were recognised as a success factor, and a self-assessment tool with 12 "dimensions" was developed. The question arises regarding the implementation of these principles and use of the tool in Slovenia. In July 2017, a thematic review of the selected written sources of the European Commission and the Slovenian mutual bibliographic-catalogue database was carried out using the COBISS+ application. The findings are presented at the synthesis level using a standardised self-assessment tool. Efforts to introduce integrated care are partially present in Slovenia in relation to most self-assessment dimensions, which are not yet automatic. Consideration is given to the recommendation that the processes of integrated care need to be addressed and continually developed at a micro level, with different ways to support this development at the national level.

1 Teoretična izhodišča

Integrirana oskrba (ang. Integrated care) je koncept dela, ki se v zdravstvu postopoma, vendar vse bolj uveljavlja. Osredotočenost na razvoj integrirane oskrbe izhaja iz potrebe držav po doseganju »trojnega cilja« - hkratnega osredotočanja na izboljšanje izidov zdravstvene oskrbe, izboljšanje izkušenj pacientov z oskrbo in zmanjševanje stroškov - za sodoben, odziven in trajnostni zdravstveni sistem (HSPA, 2017). Jedro integrirane oskrbe je skrb. Sevehuijsen (2003) skrb označuje kot trajni družbeni proces, ki vključuje prepoznavanje potrebe po skrbi, ustrezno ukrepanje in prevzema-

nje odgovornosti (poskrbeti za), zadovoljevati konkretne potrebe (udejanjati skrb) in ustvarjati profesionalen odnos s prejemnikom skrbi (biti deležen skrbi). Izpostavlja štiri vrednote: pozornost, odgovornost, kompetentnost in odzivnost, ki sestavljajo jedro etike skrbi kot moralne orientacije in s tem skrbi kot družbene prakse. Integriran ali tako imenovani povezovalen pristop (lat. »integrare«) temelji na procesih »integracije«. Pomen pojma v različnih disciplinah ni identičen, ga pa je možno pojasniti s pojmi vključevanje, povezovanje, sodelovanje, koordinacija (Zupančič, 2017).

Kodner in Spreeuwenberg (2002) integrirano oskrbo definirata kot izid skladnega nabora metod in modelov financiranja, upravljanja, organizacije in izvajanja na klinični ravni, namenjenih ustvarjanju povezljivosti, usklajevanja in sodelovanja znotraj sistema zdravstvenega varstva. Cilj teh metod in modelov je izboljšati kakovost oskrbe, zadovoljstvo in kakovost življenja pacientov ter učinkovitost sistema. Peternelj idr. (2006) pojasnjujejo, da vključuje stalno spodbujanje k dobri koordinaciji, sodelovanju in iskanju skupnih rešitev ter k partnerstvu med uporabniki in izvajalci. Valentijn idr. (2015) povezujejo kontinuum oskrbe pacienta s potrebo po horizontalni integraciji (na isti ravni zdravstvenega varstva), najpogosteje v lokalni skupnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva, in z vertikalno integracijo, ki hierarhično združuje organizacije na različnih ravneh (med različnimi ravni zdravstvenega varstva), med primarno in sekundarno oskrbo. Vse bolj pa je v integrirani oskrbi aktualna premostitev vrzeli med storitvami sistema zdravstvenega in socialnega varstva za celostno obravnavo pacienta (Baker idr., 2016).

Že Shortell idr. (1994) ter Simoens in Scott (1999) so opozorili na kompleksnost potrebnih prizadevanj, da bi bili zaobjeti cilji integracije tako iz horizontalne kot vertikalne perspektive. To so ponazorili z delitvijo na (1) funkcionalno, (2) organizacijsko, (3) strokovno in (4) klinično integracijo. Funkcionalna integracija predstavlja kot integracijo ključne podpore v posamezni dejavnosti, finančno upravljanje, upravljanje človeških virov in strateško načrtovanje storitev. Organizacijsko integracijo opisujejo v povezovanju in združevanju s sklepanjem sporazumov in posledičnem ustvarjanju podpornih mrež. Strokovno integracijo opisujejo kot medpoklicno sodelovanje, skupno delo in t.i. strateško zaveznitvo zdravstvenih delavcev znotraj in med institucijami, klinično integracijo pa kot integracijo različnih komponent kliničnih procesov, kar vidijo kot usklajevanje storitev na kontinuumu obravnave pacienta kot uporabnika storitev. Leutz (1999) in Godvin (2004) so prepoznali, da se dejavnosti v integrirani oskrbi nanašajo na različne ravni potreb in stopnje integracije. Opredelili so tri stopnje: (1) nizka potreba in identifikacija potrebnih povezav (npr. prisotna je potreba po pojasnjevanju glede plačnika storitev); (2) zmerne potrebe in potrebno usklajevanje (npr. proces identifikacije populacije s povečanim tveganjem, imenovanje vodij, sklepanje pogodb, rutinsko poročanje); ter (3) visoke potrebe in integracija (multidisciplinarne delovne skupine, skupna zdravstvena kartoteka, združeno financiranje zdravil in oskrbe, itd.).

Nolte in McKee (2008) opredeljujeta tri temeljne taksonomske stopnje integracije: (1) povezovanje, kar opisujeta kot povezovanje prek ločenih struktur obstoječih zdravstvenih in socialnih storitev, z jasno odgovornostjo za izvedbo posameznih storitev, upravičenost do financiranja, merila in operativna pravila; (2) koordinacija, ki vključuje dodatne eksplicitne strukture in procese, prost dostop oz. rutinsko deljenje

informacij ter vlogo menedžerjev pri usklajevanju oskrbe v različnih sektorjih ter (3) popolna integracija, ko je določena upravljalna organizacija s pogodbenimi sporazumi z različnimi organizacijami. Sicer prizadevanja za uveljavljanje integrirane zdravstvene oskrbe niso omejena na ravni posamezne države, temveč so mednarodna. Odvijajo se na različnih ravneh, v različnih organizacijah in iz različnih perspektiv.

Ekspertna skupina Evropske komisije za ocenjevanje učinkovitosti sistemov zdravstvenega varstva (HSPA, 2017) je v letih od 2014-2016 izvedla raziskavo o ocenjevanju integrirane oskrbe v 20 državah Evropske unije. Na primerih dobre prakse v posameznih državah so prepoznali dejavnike, ki omogočajo uspešen razvoj integrirane oskrbe na področju zdravstvenega in socialnega varstva (Tabela 1).

Tabela 1: Dejavniki za uspešno vzpostavitev integrirane oskrbe

| | <i>Področje</i> | <i>Dejavniki</i> |
|----|--|---|
| 1 | Politična podpora in zavezanost | Preoblikovanje na ravni sistema se lahko zgodi le, če so aktivirani številni politični vzvodi, ki so usmerjeni k skupnim ciljem. Merjenje integracije se razlikuje od merjenja zmogljivosti za integrirano oskrbo. Pomembno je, da je integrirana oskrba zastavljena in izvedena v skladu s potrebami na lokalni ravni. |
| 2 | Upravljanje | Vzpostavitev močnih mehanizmov upravljanja na nacionalni in lokalni ravni ter sodelovanje med vsemi ponudniki storitev, organi in ključnimi akterji je bistven korak pri konfiguriranju modelov integrirane nege. |
| 3 | Udeležba interesnih skupin | Pri izgradnji integrirane oskrbe je nujna udeležba številnih in raznolikih interesnih skupin, učinkovite komunikacijske strategije, vzpostavljeno zaupanje ter sodelovanje vseh zainteresiranih strani. |
| 4 | Organizacijske spremembe | Zagotavljanje integrirane oskrbe in prenova storitev pomeni spremembe v strukturi sistema zdravstvenega in socialnega varstva, organizaciji delovnih procesov, v razvoju delovne sile in dodeljevanju sredstev, da se zagotovi boljše odzivnost na potrebe pacientov. |
| 5 | Vodstvo | Učinkovito nacionalno vodstvo in uvedba lokalnih voditeljev so pomembni dejavniki pri upravljanju kompleksnega procesa transformacije in izvajanje rešitev za integrirano oskrbo. |
| 6 | Sodelovanje in zaupanje | Širok nabor sprememb potrebnih za zagotavljanje integrirane oskrbe predstavlja velik izziv, ki je lahko delno premostljiv s pripravljenostjo na sodelovanje in z vzpostavitvijo zanimanja za celoten sistem integrirane oskrbe in ne zgolj za posamezne spodbude. |
| 7 | Izobraževanje in usposabljanje delovne sile | Rešitve za izvajanje integrirane oskrbe pogosto zahtevajo prenavo programov izobraževanja zdravstvenih in socialnih delavcev, premislek o njihovih vlogah in ustvarjanje novih vlog za zagotavljanje kontinuitete oskrbe. |
| 8 | Osredotočanje na paciente/ krepitev moči pacientov | Pacient je član tima in mora biti vključen v procese odločanja in načrt oskrbe, ki mora biti prilagojen individualnim potrebam pacienta. |
| 9 | Financiranje in spodbude | Različni modeli financiranja lahko podpirajo prehod do faze, ko je dosežena popolna integracija, takrat ji je potrebno nadomestiti z enotnim modelom. |
| 10 | Infrastruktura in rešitve IKT | Integrirana oskrba zahteva delitev informacije o zdravju pri različnih ponudnikih, da omogočijo stalno sodelovanje in aktivno vključevanje oseb. |
| 11 | Sistem spremljanja / vrednotenja | Vzpostavitev nadzora in sistemi vrednotenja uspešnosti so bistveni za zagotovitev dokazov o vpliv na kakovost oskrbe, stroške oskrbe, dostop in izkušnje državljanov. |

Vir: Prilagojeno po HSPA, 2017. Tools and methodologies to assess integrated care in

Europe. Pridobljeno 20. 10. 2017, s <http://omis.newhealthfoundation.org/tools-and-methodologies-to-assess-integrated-care-in-europe/>.

Ugotovitve raziskave (HSPA, 2017) kažejo na to, da so države Evropske unije na različnih stopnjah razvoja sistema integrirane oskrbe in ocenjevanja upravičenosti uvedbe z upoštevanjem različnih ravni izvajanja storitev na mikro (skrb za pacienta), mezo (organizacijski kontekst) in makro ravni (financiranje in kontekst politike).

1.2 Evropa v ogledalu integrirane oskrbe

Ogledalo integrirane oskrbe na področju Evropske unije predstavljajo v političnem kontekstu predvsem Evropska komisija, Evropski observatorij za spremljanje zdravstvenih sistemov in politik– OECD, Svetovna zdravstvena organizacija - WHO in Mednarodna fundacija za integrirano oskrbo– IJIC. V okviru Evropske komisije delujejo številne ekspertne delovne skupine in podskupine, ekspertna skupina HSPA je samo ena izmed njih. Njihov namen je podpora političnim odločevalcem. Financirajo tudi številne projekte preko tehnične pomoči Službe za podporo strukturnim reformam - SRSS (Structural Reform Support Service). OECD je namenjena spodbujanju politik za izboljšanje gospodarske in socialne blaginji ljudi. (OECD, b.d.). Integrirane oskrbe se dotikajo s študijami PaRIS (Patient Reportet Indicator Surveys) za pripravo orodij za oceno obravnave pacientov z več kompleksnimi težavami, PROMs (samocena pacientov glede na izide obravnave po določenih posegih); PREMs (spremljanje izkušenj pacientov) in PAM (merjenje pacientove aktivacije). WHO ustvarja boljše in bolj zdravo prihodnost za ljudi po vsem svetu. Pod njihovim okriljem se izvajajo tudi analize zdravstvenega sistema (npr. Albreht idr., 2016). Mednarodna fundacija za integrirano oskrbo (IFIC, b.d.) predstavlja »mednarodni dnevnik za integrirano oskrbo«. S svojimi projekti »INTEGRATIVE«, »SUBSTAIN«, »Selfie 2020«, »ICARE-4EU«, »PROSUS«, itd. so prispevali velik delež k preoblikovanju zdravstvene oskrbe in sistemov zdravstvenega varstva. So pa tudi izdajatelji znanstvene revije »Journal of integrated care« (IJiC, b.d.), kjer so objavljeni številni empirični dokazi o značilnostih in pomenu integrirane oskrbe.

Ekspertna delovna skupina HSPA (2017) je v svoji študiji ugotovila, da večina evropskih držav poroča o neprekinjenem delovanju za krepitev procesov integracije in usklajevanje oskrbe. Nekatere države so sprejele zakonodajo z akcijskimi načrti (npr. Finska) za izvedbo reorganizacije in financiranja zdravstvenih storitev. Več držav je poročalo o izvajanju pilotnih projektov. Avstrija si prizadeva okrepiti primarno oskrbo z vzpostavitvijo omrežij in centrov primarne zdravstvene oskrbe. Belgija je sklenila sporazum za funkcionalno rehabilitacijo za financiranje integrirane oskrbe pacientov s kroničnimi boleznimi, ki vplivajo na njihovo psihološko zdravje, socialne razmere ali delo oziroma šolanje. Francija je uvedla regionalni intervencijski sklad, ki je omogočil pregled in enotni vstop v financiranje iz različnih virov. Nemčija je izvajala integrirane programe za obvladovanje kroničnih nenalezljivih bolezni. Italija je sprejela nacionalni načrt za kronične bolezni, ki opredeljuje različne korake od »presejanja« prebivalstva glede na različne dejavnike tveganja do aktivne vloge zdravnika pri usmerjanju glede na specifične klinične poti, itd.

Pogled v ogledalo integrirane oskrbe iz znanstvenega konteksta ponudi številne empirične dokaze, ki kažejo, da je integrirano oskrbo mogoče videti kot sredstvo za doseganje k pacientu usmerjene, učinkovite in varne oskrbe. Rijeken idr. (2017) so ocenjevali 112 integriranih zdravstvenih praks, ki se osredotočajo na multimorbidnost v 24 evropskih državah. Ugotavljajo, da so prakse, ki se osredotočajo na specifično indeksno bolezen ali kombinacijo določenih bolezni, manj obsežne glede na vrsto, obseg in stopnjo integracije kot prakse, ki se osredotočajo na katero koli kombinacijo bolezni. Opozarjajo, da so modeli integrirane nege z omejenim obsegom morda celo kontraproduktivni za izboljšanje oskrbe ljudje z več kroničnimi bolezenskimi stanji. Cronin, Murphy in Savage (2017) ugotavljajo, da izvajanje programov integrirane oskrbe zahteva znatne naložbe. Gospodarski dokazi kažejo, da programi integrirane oskrbe lahko postanejo stroškovno učinkoviti, dosegajo večje koristi za zdravje in so cenejši kot običajno. V vseh obravnavanih intervencijskih ukrepih za integrirano oskrbo je bilo zmanjšanje števila pacientov v ambulantni in bolnišnični obravnavi glavni prispevek k zmanjševanju stroškov, izjemnega pomena pa je tudi priprava kadrov.

2 Metoda

Namen raziskave je bil preveriti, kako je z implementacijo dejavnikov za uspešno vzpostavitev integrirane oskrbe v Sloveniji. Na podlagi kvalitativne študije v 12 evropskih držav (HSPA, 2017) je bil razvit model za samoocenjevanje. Mnogi dejavnosti, ki jih je treba upravljati za zagotavljanje celostne oskrbe, so združene v 12 »dimenzij«, od katerih vsak obravnava del celotnega napora. Cilj raziskave je bil na podlagi tega orodja za samooceno oceniti, kje v razvoju integrirane oskrbe smo v Sloveniji. Temeljno raziskovalno vprašanje je: »Kje na poti razvoja integrirane zdravstvene in socialne oskrbe smo v Sloveniji?«

V juliju 2017 je bil opravljen tematski pregled izbranih pisnih virov Evropske komisije (EU/HSPA, OECD, WHO) in slovenske vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov s pomočjo aplikacije COBISS+, ki omogoča izvedbo samodejnega iskanja po vneseni obliki besede in še po njenih pregibnih oblikah, ki so vključene v Amebisov lematizator. Za identifikacijo ustreznih enot sta bili uporabljeni kot ključni besedi »integrirana oskrba« ali »integrated care« in njune izpeljanke. V začetni seznam slovenskih virov je bilo zajetih 308 enot. Prva vira sta bila objavljena leta 1992. V slovenskem jeziku jih je bilo objavljenih 84. Naknadno so bili v pregled vključeni tudi pravni viri in drugi relevantni dokumenti, saj je to za obravnavo te tematike ključno (Webster in Watson, 2002). Ugotovitve pregleda so predstavljene na ravni sinteze z uporabo standardiziranega orodja za samoocenjevanje (HSPA, 2017).

3 Rezultati

Rezultati ocene implementacije so predstavljeni glede na dimenzije standardiziranega orodja za samoocenjevanje v Tabeli 2.

Tabela 2: Ocena razvoja integrirane oskrbe v Sloveniji

| | <i>Dimenzija</i> | <i>Dokazi</i> | <i>Ocena</i> |
|---|-----------------------------------|---|--------------|
| 1 | Pripravljenost za/na spremembe | Slovenija se je zavezala za prehod k integrirani oskrbi z Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016 - 2025 »Pojavljajo se voditelji, ki podpirajo in udeležujejo to idejo. Ni še dosežene celotne politične podpore, poteka pa javno posvetovanje npr. o predlogu Zakona o dolgotrajni oskrbi. Iz pisnih virov je razvidno, da strokovno okolje opozarja in predlaga potrebne spremembe, oziroma so bila pripravljena konkretna navodila. | 3 |
| 2 | Struktura in upravljanje | Vzpostavljajo se formalne delovne skupine, zaveznitva in drugi neformalni načini sodelovanja. Pojavlja se upravljanje razvoja na nacionalni (npr. Direktorat za dolgotrajno oskrbo) in regionalni ravni (regijski posveti na področju duševnega zdravja). Razvijajo in razširjajo se storitve e-zdravja, napredek se še ne spremlja, preoblikovanje programov vključno s financiranjem se je komaj pričelo. Aktualni pisni viri so npr. povezani s koordinacijo odpusta, vodenja, itd. | 2-3 |
| 3 | Informacije in storitve e-zdravja | Razvijajo se informacije in storitve e-zdravja za podporo integrirane oskrbe, vendar obstajajo števila področja, ki še niso pokrita, izmenjava informacij še ni zagotovljena. Prispevek o informacijskem sistemu za podporo prehodni in dolgotrajni integrirani oskrbi je bil npr. objavljen že leta 2006. | 2 |
| 4 | Standardizacija in poenostavitev | Razprava o nujnosti IKT za podporo integrirane oskrbe in priprave vseh standardov povezanih z IKT (sporočanje opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov). Možnost pregledovanja zdravstvenih podatkov iz različnih sistemov še ni zagotovljena v celoti. Je pa aktualen Zakon o pacientovih pravicah. | 2 |
| 5 | Finance in financiranje | Financiranje je na voljo, vendar predvsem za pilotne projekte in izvajanje integrirane oskrbe v manjšem obsegu oziroma v obliki financiranja posameznih programov (tudi v obliki javno zasebnega partnerstva). Trajnost financiranja ni vedno zagotovljena v zelenem obsegu, javna naročila v zdravstvu so centralizirana, kar je pokazala tudi analiza zdravstvenega sistema. | 2-3 |
| 6 | Odstranjevanje zaviralcev | Prisotno je zavedanje o zaviralcih, vendar sistematičen pristop k njihovu odpravljanju ni v celoti vzpostavljen na pravni, finančni ali izobraževalni ravni. Prisotna je visoka stopnja zaključkov projektov in programov za integrirano oskrbo, programi izobraževanja in usposabljanja se počasi uvajajo. Ni pa še za ta namen vzpostavljenih novih organizacij. Predstavljeni so novi pristopi v organizaciji celostne obravnave bolnika - integrirana oskrba, v paliativni oskrbi, idr. | 2-3 |
| 7 | Populacijski pristop | Populacijski pristop je vse bolj aktualen. Prisotno je presejanje populacije za različne dejavnike tveganja, ki predstavljajo grožnjo pogoste uporabe storitev. Razslojevanje na ravni celotne populacije se je začelo, vendar ukrepi še niso uvedeni v celoti. Obstoječe podatke o javnem zdravju, o tveganjih in izkoriščanju storitev se ne uporablja v zadosti meri, v uporabi ni dovolj orodij za napovedovanje prihodnih potreb. | 3-4 |

| | | | |
|----|-------------------------------|---|-----|
| 8 | Krepitev moči oseb/populacije | Spodbude in orodja za motiviranje in podporo državljanom za sodelovanje in sooblikovanje politike zdravja so prisotna. Dostop državljanov do informacij in podatkov o zdravstvenem varstvu še ni v celoti zagotovljen. Dokazi o spodbudah in orodjih za motiviranje in podporo državljanom za soustvarjanje integrirane oskrbe so šibki. | 3 |
| 9 | Metode za vrednotenje | Ocenjevanje integrirane oskrbe ni prisotno kot standardno vrednotenje sistema zdravstvenega varstva. Metode vrednotenja se še razvijajo. Dokazi o izračunih izhodiščnih stroškov za novo uvedene storitve so prisotni, vendar ne rutinsko. | 1 |
| 10 | Ambicioznost | Pojavljajo se poskusi horizontalne (na primarni ravni zdravstvenega varstva) in sekundarne integracije (napotitve na sekundarno raven). Prisotni so procesi integracije med zdravstvenim in socialnim varstvom. Objavljeno je npr. poročilo o integriranih kliničnih poteh, glede sodelovanja med socialnim in zdravstvenim varstvom, idr. | 3-4 |
| 11 | Menedžment inovacij | Inovativnost se spodbuja, vendar splošnega načrta ni. Obstajajo nekateri mehanizmi za spodbujanje kot so npr. CRP projekti. Atmosfera za uvajanje inovacij na vseh ravneh ter zbiranje in razširjanje najboljših praks nista zadovoljiva. Dokazi o uporabi rezultatov evropskih projektov se pojavljajo. Vključevanje univerz in družb iz zasebnega sektorja v inovacijski proces se spodbuja. | 2 |
| 12 | Izgradnja kapacitet | Sodelovanje na področju krepitve zmogljivosti za integrirano oskrbo narašča. Ni zagotovljenih orodij, procesov in platform, ki bi omogočili organizacijam, da gradijo svoje lastne zmogljivosti za integrirano oskrbo. Dokazi o ustvarjanju, izmenjavi in ohranjanju znanja so prisotni (uvajanje novih študijskih programov, organizacija konference, objava učbenikov, znanstvenih člankov). Spremembe v upravljanju so na začetku poti. Uporaben je učbenik o medpoklicnem sodelovanju v zdravstvenih timih. Objavljeni so podatki o študijskih programih. | 2-3 |

Vir: Lasten vir, 2017.

Na podlagi navedenih ter tudi drugih številnih virov je možno sklepati, da smo v Sloveniji nekje na polovici poti. Na grafu 1 je prikaza aplikacija modela za samoocenjevanje glede na prepoznane razmere v Sloveniji.

Graf 1: Aplikacija modela za samoocenjevanje v Sloveniji



Vir: Lasten vir, 2017.

Iz grafa 1 je razvidno, da je Slovenija v realizaciji integrirane oskrbe ambiciozna ter, da je najuspešnejša pri populacijskem pristopu s svojimi presejalnimi programi.

4 Razprava

V Sloveniji je razvoj integrirane obravnave zagotovo prisoten, primanjkuje pa empiričnih podatkov o stopnji razvoja integracije. V pregledu pisnih virov v Sloveniji so bili ugotovljeni primeri dobre prakse, ni pa predstavljenih veliko predlogov za sistemske rešitve, ki bi izhajali iz znanstvenih dokazov. Farkaš Lanščak idr. (2015) predstavljajo pričakovane koristi koncepta integracije za paciente - uporabnike preventivnega programa in izvajalce. V Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016-2025 (2016) je izpostavljena optimizacija zdravstvenih storitev kot ena izmed ključnih prednostnih nalog. Za učinkovito izvajanje tega prednostnega podpornega ukrepa pri razvoju plačilnih modelov je predvidena nova strategija primarnega zdravstvenega varstva, predvideni so protokoli sodelovanja med strokovnjaki na različnih ravneh, med zdravstvenim in socialnim varstvom, dodatno izobraževanje o komunikaciji, itd.

K uveljavljanju integrirane oskrbe pripomorejo znanstvene konference s področja zdravstvenih in socialnih ved (Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec), celostne obravnave (Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto), itd. Spremembe v izobraževanju so se začele z uvajanjem izbirnih modulov, ki podpirajo nov način dela, nato so se pojavljali »integrirani« študijski programi, npr. socialna gerontologija (Alma Mater Europaea, b. p.) in sedaj še bolj usmerjeni na nov model dela »integrirana zdravstvena in socialna oskrba« (Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, b. d.). Kaže se, da je Slovenija na pravi poti in skuša slediti dobrim praksam iz tujine. Na Mälardalen University, Swansea University, University of Derby in mnogih drugih v državah že tečejo programi izobraževanja, ki pripravljajo bodoče izvajalce v poklicih skrbi na delo po modelu integrirane oskrbe. Usvajanje poglobljenega znanja s področja zdravstvenega in socialnega varstva pomembno vpliva na razvoj kompetenc za sodoben način dolgotrajne, kontinuirane oskrbe vseh, ne samo starejših, z različnimi kroničnimi in degenerativnimi stanji ter potrebo po zdravstveni in socialni oskrbi.

Za vzpostavitev učinkovite integrirane oskrbe potrebujemo jasne klinične smernice in integrirane klinične poti, usposabljanje že zaposlenih različnih strokovnih profilov, da bi izboljšali svoje delo za integrirani pristop. Nujne so finančne spodbude za boljše vključevanje in usklajevanje ter močnejšo informacijsko podporo. Prisotna je potreba po okrepitvi koordinacije, sodelovanja med različnimi izvajalci zdravstvene in socialne dejavnosti, znotraj ustanov in institucij v procesu zdravstvene oskrbe, od preventivne in zgodnjega odkrivanja bolezni do obravnave tistih, ki imajo več zdravstvenih in socialnih potreb hkrati in je zanje pogosto ključen prehod iz bolnišnične obravnave v dolgotrajno oskrbo.

5 Zaključek

Premik k bolj integriranim sistemom oskrbe je povezan z velikimi pričakovanji, s cilji povečanja učinkovitosti. Glede na ugotovitve ekspertne skupine HSPA (2017) je mogoče upravičeno kmalu pričakovati rezultate v smislu koristi za paciente, da bi se videl jasen učinek stroškovne učinkovitosti na sistemski ravni pa lahko traja 10 let in več.

LITERATURA

1. Albreht, T., Pribaković Brinovec, R., Jošar, D., Poldrugovac, M., Kostnafel, T. in Zaletel, M. (2016). Slovenia HiT. Pridobljeno dne 23. 1. 2017, s <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/slovenia-hit-2016>.
2. Alma Mater Europaea (b. p.). Programi. Pridobljeno dne 20. 10. 2017, s <https://www.almamater.si/socialna-gerontologija-c2>.
3. Baker, A., Cronin, K., Conway, P., DeSalvo, K., Rajkumar, R. in Press, M. (2016). Making the comprehensive shared care plan a reality. Pridobljeno dne 20. 1. 2017, s <http://catalyst.nejm.org/making-the-comprehensive-shared-care-plan-a-reality/>.
4. Cronin, J., Murphy, A. in Savage, E. (2017). Can chronic disease be managed through integrated care cost-effectively? Evidence from a systematic review. *Irish Journal of Medical Science*, 5, 1-8. Pridobljeno 27. 10. 2017, s <https://link.springer-com.nukweb.nuk.uni-lj.si/article/10.1007%2Fs11845-017-1600-5>.
5. Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto (b. d.). Študijski programi. Pridobljeno dne 20. 1. 2017, s http://fzv.vs-nm.si/sl/programi_2_stopnje/.
6. Farkaš Lanščak, J., Huber I., Maučec Zakotnik, J., Sedlar, N. in Vrbovšek, S. (ur.). (2015). Program integrirane preventivne KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih. Pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje. Pridobljeno dne 20. 1. 2017, s http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventivne.knb_2015.pdf.
7. HSPA (2017). Tools and methodologies to assess integrated care in Europe. Pridobljeno 20. 10. 2017, s <http://omis.newhealthfoundation.org/tools-and-methodologies-to-assess-integrated-care-in-europe/>.
8. Goodwin, N. (2004). Managing across diverse networks of care: lessons from other sectors. London, National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D. Pridobljeno 20. 10. 2017, s <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20091005103011/http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/adhoc/39-policy-report.pdf>.
9. Kodner, D. L. in Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, 14 November. Pridobljeno 20. 10. 2017, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/>.
10. IFIC. (b.d.). Our work. Pridobljeno dne 25. 10. 2017, <https://integratedcarefoundation.org/>.
11. IJiC. (b.d.). About this Journal. Pridobljeno 29. 10. 2017, s <https://www.ijic.org/>.
12. Leutz, W. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*, 77, 77–110. Pridobljeno 29. 10. 2017, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751110/>.
13. Nolte, E. in McKee, M. (2008). Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. Open University Press, McGraw-Hill Education.
14. OECD. (b.d.). About. Pridobljeno dne 24. 10. 2017, s <http://www.oecd.org/about/>.
15. Peternelj, A., Ceglar, J., Dominkuš, D., Horvat, M., Milavec Kapun, M., Stepanovič, A., Svetina, S. in Železnik, D. (2006). Strokovne in organizacijske podlage za vpeljavo integrirane prehodne in dolgotrajne oskrbe v Republiki Sloveniji.

16. Resolucija nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (2016). Pridobljeno 1. 2. 2017, s http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/resolucija_o_nacionalnem_planu_zdravstvenega_varstva_2016_2025_skupaj_za_druzbo_zdravja/.
17. Rijken, M., Hujala, A., Ginneken, E., Melchiorre, M. G., Gronewegen, P. in Schellevis, F. (2017). Managing multimorbidity: profiles of integrated care approaches targeting people with multiple chronic conditions in Europe. *Health Policy*, 121 (11), 1101–1202. Pridobljeno 23. 10. 2017, s <http://www.sciencedirect.com/nukweb.nuk.uni-lj.si/science/article/pii/S0168851017302919#!>.
18. Sevenhuijsen, S. (2003). Prostor za skrb. Pomen etike skrbi za socialno politiko. V S. Sevenhuijsen in A. Švab (ur.), *Labirinti skrbi: pomen perspektivne etike skrbi za socialno politik* (str. 13–39). Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne in politične študije.
19. Simoens, S. in Scott, A. (1999). Towards a definition and taxonomy of integration in primary care. Health Economics Research Unit Discussion Paper 03/99. Aberdeen: University of Aderdeen.
20. Shortell, S., Gillies, R. in Anderson, D. (1994). The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs*, 13, 46–64. Pridobljeno 23. 10. 2017, s <http://content.healthaffairs.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=7868039>.
21. Valentijn, P. P., Boesveld, I. C., van der Klauw, D. M., Ruwaard, D., Struijjs, D. J. N., Molema, J. J. W., Bruijnzeels, M. A. in Vrijhoef, H. J. M. (2015). Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study. *International Journal of Integrated Care*, Jan- March. Pridobljeno dne 23. 1. 2017, s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4353214/>.
22. Webster, J. and Watson, R. T. (2002). Analyzing the Past to Prepare for the Future: Writing a Literature Review. *MIS Q*, 26(2), pp.xiii--xxiii. Pridobljeno dne 23. 10. 2017, s <http://dl.acm.org/citation.cfm?id=2017160.2017162>.
23. Zupančič, V. (2017). Integrirana skrb za osebe s težavami v duševnem zdravju. *Revija za zdravstvene vede*, 4 (1), 31–45. Pridobljeno dne 23. 10. 2017, s http://fzv.vs-nm.si/uploads/FZV_pripone/revija/revija_jhs_2017_v4n1_www.pdf.

Vpliv zakonodaje na obravnavo pacienta v NMP

UDK 616-083.98:340.1

KLJUČNE BESEDE: nujna medicinska pomoč, zakonodaja, medicinske sestre, pacienti

POVZETEK - V prispevku je predstavljena zakonodaja s področja nujne medicinske pomoči. Izhajali smo iz Pravilnika o službi nujne medicinske pomoči, krovnega akta za izvajanje in organizacijo nujne medicinske pomoči. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako vsebinske razlike med sprejetimi pravilniki vplivajo na obravnavo pacienta. Cilj raziskave je predstaviti predloge za boljšo obravnavo pacienta v nujni medicinski pomoči. Podatki so bili zbrani na podlagi literature, dostopne v knjižnicah, na spletnih straneh Uradnega lista Republike Slovenije in v bibliografski bazi COBISS.si. Na podlagi študije vseh izdanih Pravilnikov o službi nujne medicinske pomoči v Sloveniji smo z metodo analitične dedukcije raziskali vsebinske razlike med pravilniki, jih zapisali v obliki tabele in jih primerjali med seboj. Našli smo vsebinske razlike med Pravilniki o službi nujne medicinske pomoči, ki lahko vplivajo na izvajanje nujne medicinske pomoči, hkrati pa vplivajo tudi na obravnavo pacienta.

UDC 616-083.98:340.1

KEY WORDS: emergency medical service, legislation, nurse, patient

ABSTRACT - The article presents the legislation relating to the emergency medical service. We focused on the Rules on Emergency Medical Service, which serves as the framework act, regulating the organisation and implementation of emergency medical service. The purpose of the research was to ascertain the impact of substantive differences in the adopted rules on patient care in the emergency medical service system, and to provide suggestions on how to improve patient care. The data were compiled by means of literature accessible in libraries, on the Official Gazette of the Republic of Slovenia websites, and in the COBISS.si bibliographic database. Based on our study of all the rules on emergency medical service issued in Slovenia, we used the method of analytical deduction to explore the substantive differences among them, recorded them in tabular form, and compared them. We discovered substantive differences, which may affect the implementation of emergency medical service, as well as patient care.

1 Teoretična izhodišča

Temeljni dokument izvajanja in organizacije nujne medicinske pomoči je Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (v nadaljevanju pravilnik). Od leta 1996 do danes, so bili sprejeti štirje pravilniki, ki se nanašajo na delovanje nujne medicinske pomoči (v nadaljevanju: NMP). Pravilnik ureja pogoje, organizacijo in način dela službe NMP. Njegov primarni namen je zagotoviti, da vsaka akutno zbolela ali poškodovana oseba, na območju Republike Slovenije, v najkrajšem možnem času dobi najvišjo kakovost zdravstvene oskrbe. Pravilnik daje službi NMP pravne temeljne za enotno delovanje sistema NMP in povezavo z drugimi službami (Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči, 2015).

Na delovanje sistema nujne medicinske pomoči vplivajo tudi naslednji akti: Pravilnik o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva, Zakon o zdravstveni dejavno-

sti, Pravilnik o prevozih pacientov, Pravilnik o pogojih izvajanja helikopterske nujne medicinske pomoči ter Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Pravilnik o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva opredeljuje merila za določitev posameznih oblik dela. To so: izmensko delo, dežurstvo, stalna pripravljenost, delo preko polnega delovnega časa in dopolnilno delo (Pravilnik o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva, 2010).

Zakon o zdravstveni dejavnosti izvajalce zdravstvene dejavnosti, pogoje za izvajanje poklica v zdravstveni dejavnosti in pravice ter dolžnosti izvajalcev zdravstvenih storitev. Namen zakona je zagotoviti kakovostno in varno zdravstveno obravnavo ter nadzor nad izvajanjem zdravstvene dejavnosti. Ključno za nujno medicinsko pomoč je določilo 6. člena, ki pravi, da mora biti nujna medicinska pomoč vedno dostopna, vključno s prevozom in preskrbo z zdravili (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2005).

Pravilnik o prevozih pacientov ureja pogoje in načine izvajanja nujnih prevozov in medicinsko utemeljenih ne nujnih prevozov pacientov (Pravilnik o prevozih pacientov, 2009).

Organizacijske, tehnične in kadrovske pogoje za nudenje nujne medicinske pomoči, s pomočjo helikopterskih prevozov pa ureja Pravilnik o pogojih izvajanja helikopterske nujne medicinske pomoči (Pravilnik o pogojih izvajanja helikopterske nujne medicinske pomoči, 2016).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju pa ureja sistem zdravstvenega varstva in zavarovanja ter določa nosilce družbene skrbi za zdravje in njihove naloge. Ureja plačilo uveljavitev pravic iz zdravstvenega zavarovanja. Plačilo nujne medicinske pomoči, vključno z nujnimi reševalnimi prevozi, je v celoti zagotovljeno z obveznim zavarovanjem, plačilo nenujnih prevozov pa obvezno zavarovanje krije največ do 60 % vrednosti (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2006).

2 Metoda

V analitični pregled smo zajeli štiri pravilnike o službi NMP, sprejete med 1996 do 2015. Vsi pravilniki so objavljeni na spletnih straneh Uradnega lista Republike Slovenije. Na podlagi preučevanja pravilnikov smo oblikovali posamezne vsebinske sklope, ki se nanašajo na delovanje NMP in so prikazani v tabeli 1. Med sklopi smo iskali razlike in jih za končno interpretacijo vnašali v tabelo. S primerjalno metodo smo nato prišli do ugotovitev, katere so predstavljene v razpravi.

3 Rezultati

Tabela 1: Ugotovitve primerjave med pravilniki

| <i>Vsebinski sklop</i> | |
|------------------------|---|
| Organizacija mreže | Do leta 2015 so službo NMP delili na tri stopnje: primarna, sekundarna, terciarna. V letu 2015 so službo nujne medicinske pomoči razdelili na zunajbolnišnično in bolnišnično službo, vendar se organizacija službe nujne medicinske pomoči do vzpostavitve dispečerskega sistema in pridobitve pravilnika za področje dispečerstva, ni bistveno spremenila. |
| Ekipa v NMP | Ugotovili smo različno poimenovanje enot NMP. V povprečju je v slovenskem prostoru 60 enot nujne medicinske pomoči. V zadnjem pravilniku je opredeljeno, da se bo mreža nujne medicinske pomoči vsako drugo leto na novo opredeljevala. Tako lahko pričakujemo nihanja števila enot. |
| Vodje ekip | Vodje enot nujne medicinske pomoči so zdravniki specialisti družinske medicine ali urgentne medicine. |
| Naloge ekip | Naloga ekipe je enotna: v najkrajšem možnem času oskrbeti pacienta, začeti nuditi NMP, pacienta oskrbeti za prevoz in ga odpeljati v najbližjo zdravstveno ustanovo. Pričakovali smo tudi opredeljene naloge za urgentni in satelitski center (triaža, sprejem, obravnava). |
| Oprema ekip | Oprema v pravilnikih ni dovolj jasno opredeljena. Potrebno je standardizirati pripomočke in jih točno opredeliti. |
| Vozila in oznake | Skozi čas so določili znak NMP, ki je prisoten na oblačilih in vozilih. V letu 2015 so določili nove pozicije oznak in napisov na vozilu. |
| Dokumentacija | Dokumenti, objavljeni v Pravilnikih v pravilnikih so slabo oblikovani: so slabo preslikani in zato tudi slabo vidni ter slabo pozicionirani na listih. Potrebno bi bilo tudi opredeliti navodila za izpolnjevanje obrazcev ter tabelo opredeljenih kratic. |
| Triaža | Do leta 2015, razen triažnih kartonov, opisov triaže ni bilo. Leta 2015 se je triaža kategorizirala. |
| Izobraževanje | Pravilnik z leta 2015 vzpostavlja enoten nivo znanja, saj določa, katera znanja mora imeti zdravstveni delavec, da sploh lahko dela v NMP. Pred tem je program izobraževanja določil minister, bolnišnice in PHE pa so ga bile dolžne izvajati. |
| Prvi posredovalci | Pred letom 2015 ni bilo zapisov o prvih posredovalcih. Neformalno so bili v praksi to gasilci, policisti ali očividci, z znanjem prve pomoči. |
| Javne prireditve | Leta 2015 je Pravilnik postavil temelje zagotavljanja zdravstvenega varstva, tako je določil pisni dogovor med organizatorjem in zdravstvenim zavodom, načrt za izvajanje zdravstvenega varstva ter prireditve razdelil glede na zahtevnost prireditve. Na tak način so dosegli učinkovito izbravo finančnih sredstev in učinkovitejšo zdravstveno oskrbo na prireditvah. |
| Nadzor | Skupno vsem pravilnikom je, da se nadzor izvaja v enotah nujne medicinske pomoči. Nadzirajo se delovanje službe, usposobljenost kadra, urejenost dokumentacije, oprema in prostori za izvajanje nujne medicinske pomoči. Leta 2015 so zapisali, da se nadzor lahko izvede na pobudo pacienta, kar pomeni, da morajo izvajalci v NMP skrbno paziti na svojo komunikacijo, izvedeno delo ter da delujejo profesionalno. |

Vir: Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (1996), pridobljeno 2. 8. 2016, s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/123617>, Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (2007), pridobljeno 2. 8. 2016, s <https://www.uradni-list.si/1/content?id=80967&part=u&>, Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (2008), pridobljeno 2. 8. 2016, s <https://www.uradni-list.si/1/content?id=89126&part=u&> in Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. (2015), pridobljeno 2. 8. 2016, s <https://www.uradni-list.si/1/content?id=123617&part=u&>.

4 Razprava

Ozirajoč se na preteklost, pred uvedbo prvega Pravilnika o NMP, lahko ugotovimo bistven preskok v organizaciji in v kakovosti izvajanja NMP.

Nujna zdravniška oskrba je bila v domeni dežurnih splošnih zdravnikov, ki so z osebnim avtomobilom z voznikom ali brez, izvajali hišne obiske. O zaporedju nujnosti obiskov je pogosto odločal voznik, na osnovi najracionalnejše smeri vožnje. S tem posledično je bil odzivni čas za današnje razmere nesprejemljivo dolg in za paciente ogrožajoč. Pogostoma zdravnik ni počakal ob pacientu na prihod reševalnega vozila, še redkeje pa pacienta spremljal v vozilu do bolnišnice. Reševalne postaje so delovale kot samostojne enote, zaposlovale so poklicne voznike z opravljenim tečajem Prve pomoči, v njihovi domeni pa je bila oskrba poškodb v prometnih nesrečah in izven (Žmavc, 2009a, str. 150).

Ugotovitve Prosenca (2015) so usmerjene v trditev, da je za ustrezno izvajanje NMP od mesta nesreče ali obolevnosti do bolnišnice, potrebno ustrezno usposobljeno zdravstveno osebje, ki bo delovalo profesionalno in učinkovito v vseh situacijah.

V nekaterih evropskih državah, imajo medicinske sestre bistveno več kompetenc za delo v NMP, kot medicinske sestre v Sloveniji, a račun tega, se morajo več izobraževati (Skela Savič, 2010). Z uvedbo slovenskega programa izobraževanja, »Tečaj triaže po načelu Manchestrskega triažnega sistema«, so v slovenskem prostoru medicinski sestri dali več kompetenc ter poglobljeno znanje za kakovostnejšo obravnavo pacienta v NMP (Ambrož, 2017).

V dokumentu »Razmejitev del in nalog« izdan s strani Zbornice – Zveze leta 1997 in dopolnitvah tega dokumenta v letu 2008 »Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi« so opredeljene splošne kompetence poklica diplomirane medicinske sestre (Železnik idr., 2008). Pri obravnavi pacienta, se medicinska sestra velikokrat srečuje s prekoračitvijo kompetenc. Primer dobre prakse, s katerim so omilili prekoračitve kompetenc, so interni pravilniki zdravstvenih zavodov. V zdravstvenem domu Slovenska Bistrica so sprejeli Pravilnik o organizaciji in izvajanju dela reševalne službe, službe nujne medicinske pomoči in dežurne službe zdravstvenega doma Slovenska Bistrica. Na ta način so rešili problem preseganja kompetenc. V tem pravilniku so točno določena delovišča in naloge zdravnika, reševalca in medicinske sestre. Opisana in točno določena so tudi zdravila katere sme dati medicinska sestra ali reševalec, če zdravnik ni dosegljiv po telefonu. S tem načinom so v zdravstvenem domu Slovenska Bistrica povečali varnost pacienta, zagotavljati kakovostno delo na teritorialnem področju, dali zgled ostalim zdravstvenim zavodom ter se izognili prekoračitvi kompetenc (Pravilnik o organizaciji in izvajanju dela reševalne službe, službe nujne medicinske pomoči in dežurne službe zdravstvenega doma Slovenska Bistrica, 2015).

S preudarnim strokovnim razmislekom na katerih področjih NMP, (sprejem, diagnostično-terapevtski program, teren in ostalo), bi lahko medicinske sestre pridobile dodatna znanja, bi lahko oblikovali nove programe z možnostjo pridobitve licenc. Priporočamo sprejetje jasno napisanih navodil, v katerih bi bilo opredeljeno, kdaj in

na kakšen način sme medicinska sestra izjemoma posegati v kompetence zdravnikov. Zanimive ugotovitve raziskave v Veliki Britaniji leta 2002, so pokazale da bi medicinske sestre lahko prevzele naloge splošnega zdravnika (do 20 %), tehniki zdravstvene nege pa bi lahko prevzeli 12,5 % del in nalog diplomirane medicinske sestre (Wanless, 2002; v Skela Savič, 2010).

Ob proučevanju pravilnikov smo ugotovili, da je pred-bolnišnični del izvajanja NMP dobro opisan, medtem ko je bolnišnični del izvajanja opisan pomanjkljivejše. Na primer ni opredeljenih vodij ter ekip, slabo je dorečena oprema, ki se uporablja pri delu. Pomemben nacionalni dokument je »Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025« (2016), ki opredeljuje vizijo zdravstvenega varstva in organizacijo dostopnega, kakovostnega in dolgoročno vzdržnega sistema zdravstvenega varstva. V resoluciji so zapisane prednostna razvojna področja s poudarkom na vzpostavitvi urgentnih centrov ter dispečerske službe. V dokumentu se omenja pomembnost izboljšanja delovanja sistema z vzpostavitvijo urgentnih centrov.

Priporočamo sprejem in uporabo poenotnih nacionalnih meril o organizaciji in izvajanju dejavnosti reševalne službe, dežurne službe in službe NMP, s katerimi bi določili posamezne delokroge in naloge vsakega zaposlenega v NMP. Na ta način bi lahko zagotovili varno, kakovostno in strokovno obravnavo pacienta hkrati pa bi se izognili prekoračitvi kompetenc.

Prav pri vseh pravilnikih o službi NMP, smo opazili pomanjkljivejše opredeljene seznane opreme, kar lahko privede do napačnega razumevanja opreme in s tem posledično manj kakovostne obravnave pacienta, posebno ob masovnih nesrečah, ko je vključenih več izvajalcev NMP iz različnih geografskih področij. Za boljšo obravnavo pacientov v NMP bi bilo potrebno določiti osebe, ki bodo zadolžene za pregled in ustreznost opreme v enoti službe NMP. Izdelati je potrebno natančen ter enoten seznam opreme, ki bo uporabljena v vseh enotah NMP (opremo bi bilo potrebno standardizirati).

Ob pregledu poenotnih dokumentov, ki se nahajajo v Pravilniku NMP, smo ugotovili pri nekaterih dokumentih manj ustrezno oblikovanje. Dokumenti so slabše preslikani, posledično so slabše vidni in neustrezno pozicionirani na listu. Niso dovolj opredeljena navodila za izpolnjevanje nekaterih obrazcev in ni opredeljen nabor kratic. Na področju dokumentiranja predlagamo uvedbo e-dokumentacije vključno z dokumentacijo zdravstvene nege. Upravljanje s podatki je še vedno v fazi razvoja. Sodobno upravljanje podatkov mora temeljiti na sodobnih elektronskih in računalniških sistemih.

Kot primer dobre prakse lahko izpostavimo Službo nujne medicinske pomoči zdravstvenega doma Ljubljana, kjer so zaradi vse večje obremenjenosti, nepredvidljivosti in težje obvladljivosti pacientov računalniški program »čakalnica«, ki je monitorsko viden na petih točkah v čakalnici. S programom lahko medicinske sestre in zdravniki pridobijo veliko informacij o čakajočih pacientih tako od uvrstitve v triažne kategorije, časa čakanja na obravnavo in lokacije ter statusa v obravnavi. Vzajemno so o čakalni vrsti in o poteku obravnave obveščeni tudi sami pacienti (Zafošnik in Božović, 2012).

Vodenje in delovanje sistema NMP je še vedno prepuščeno vsakemu zdravstvenemu zavodu posebej. Rešitev je v ustanovitvi Agencije za NMP, ki bi poleg vodenja in delovanja celotnega sistema nujne medicinske pomoči, skrbela še za koordinacijo znanstveno raziskovalnega dela (Mohor, 2012).

5 Zaključek

Zaradi naglih sprememb v družbi, naraščanja prebivalstva, razvoja zdravstvene stroke, se v zadnjem času hitreje prilagaja tudi zakonodaja, katera opredeljuje NMP. Novosti, za katere v stroki vemo, da pripomorejo k boljši obravnavi pacienta v NMP, so opredeljene, zapisane, določene v pravnih aktih in njihovo neizvajanje ima za izvajalce NMP pravne posledice. Ustrezna zakonodaja pri obravnavi pacienta v NMP je zelo pomembna. S pravnimi predpisi (interna navodila, poslovniki, odloki, pravilniki in zakoni) lahko v NMP delujemo strokovno in kakovostno in so nam pomembno vodilo ob delu s pacienti. Zakonodaja vse bolj strmi k boljši obravnavi pacienta. Še vedno pa je varna in strokovna obravnava odvisna od poklicne vesti izvajalcev NMP, da bodo le ti v dani situaciji, in glede na posamezne okoliščine primera, nudili najvišji nivo ustrezne strokovne pomoči. Lahko zaključimo, da se je kakovost izvajanja NMP bistveno izboljšala v primerjavi s preteklostjo pred uvedbo pravilnikov, obstajajo pa mnoge priložnosti za izboljšave.

Kot prihodnje izzive priporočamo izvajanje dodatnih raziskav s področja zakonodaje v povezavi z NMP. Z rezultati raziskav bi lahko bistveno oplemenitili pravne dokumente in s tem izboljšali enotno in strokovno delovanje NMP. Zelo zanimive bi bile ugotovitve nacionalne raziskave, izvedene med vsemi zaposlenimi v NMP, s katero bi ugotavljali posredni in neposredni vpliv zakonodaje na kakovost obravnave pacientov v NMP.

LITERATURA

1. Ambrož, N. (2017). Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči skozi čas in vloga medicinske sestre (Diplomska naloga). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.
2. Košir, R., Prosen, G., Hugon, M., Vindišar, F., Baznik, Š., Čander, D. idr. (2015). Enotna metodologija organizacije urgentnih centrov v Republiki Sloveniji (Delovno gradivo). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno 2. 8. 2016, s http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:JuaPFd_v0LAJ:www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zdravstveni_svet/Zdravstveni_svet_2015/6_2015_seja/Ad4_Enotna_metodologija_organizacijeUC_v_RS.docx+&cd=1&hl=sl&ct=clnk&gl=si.
3. Mohor, M. (2012). Agencija za nujno medicinsko pomoč Republike Slovenije – ali jo res potrebujemo? V R. Vajd in M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina – Izbrana poglavja 2012* (str. 100–103). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
4. Pravilnik o organizaciji in izvajanju del reševalne službe, službe NMP in dežurne službe v zdravstvenem domu Slovenska Bistrica. (2015). Delo z omejeno dostopnostjo.
5. Pravilnik o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva. (2010). Uradni list RS, št. 94 (26. 11. 2010). Pridobljeno 1. 8. 2016, s <https://www.uradni-list.si/1/content?id=100923&part=u&highlight=pravilnik+o+organizaciji+neprekinjenega#!/Pravilnik-o-organizaciji-neprekinjenega-zdravstvenega-varstva>.

6. Pravilnik o pogojih izvajanja helikopterske nujne medicinske pomoči. (2016). Uradni list RS, št. 81 (16. 12. 2016). Pridobljeno 19. 12. 2016, s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2016-01-3442/pravilnik-o-pogojih-izvajanja-helikopterske-nujne-medicinske-pomoci>.
7. Pravilnik o prevozih pacientov. (2009). Uradni list RS, št. 107 (24. 12. 2009). Pridobljeno 2. 8. 2016, s <https://www.uradni-list.si/1/content?id=95358&part=u&highlight=pravilnik+o+prevozih+pacientov#!/Pravilnik-o-prevozih-pacientov>.
8. Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. (1996). Uradni list RS, št. 77 (28. 12. 1996). Pridobljeno 2. 8. 2016, s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/123617>.
9. Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. (2007). Uradni list RS, št. 57 (29. 6. 2007). Pridobljeno 2. 8. 2016, s <https://www.uradni-list.si/1/content?id=80967&part=u&>.
10. Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. (2008). Uradni list RS, št. 106 (11. 11. 2008). Pridobljeno 2. 8. 2016, s <https://www.uradni-list.si/1/content?id=89126&part=u&>.
11. Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. (2015). Uradni list RS, št. 81 (30. 10. 2015). Pridobljeno 2. 8. 2016, s <https://www.uradni-list.si/1/content?id=123617&part=u&>.
12. Prosen, G. (2015). Quo vadis, NMP? V R. Vajd in M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2015* (str. 55–59). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
13. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«. (ReNPZV16-25) (2016). Uradni list RS, št. 25 (6. 4. 2016). Pridobljeno 28. 11. 2016, s <https://www.uradni-list.si/1/content?id=125979&part=u&highlight=Resolucija+o+nacionalnem+planu+zdravstvenega+varstva#!/Resolucija-o-nacionalnem-planu-zdravstvenega-varstva-2016-2025-Skupaj-za-druzbo-zdravja->.
14. Skela Savič, B. (2010). Razvoj zdravstvene nege v Sloveniji za potrebe družbe v prihodnosti. V M. Pajnikihar (ur.), *Gradimo učinkovito in zmogljivo zdravstveno nego* (str. 111–116). Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
15. Zafošnik, U. in Božovič, N. (2012). Nadzor pacienta na urgenci. V V. Bračko (ur.), *Urgentni pacient-celostna oskrba* (str. 101–103). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege.
16. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (uradno prečiščeno besedilo) (ZZVZZ-UPB3). (2006). Uradni list RS, št. 72 (11. 7. 2016). Pridobljeno 2. 8. 2016, s <https://www.uradni-list.si/1/content?id=74309.&>.
17. Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo) (ZZDej-UPB2). (2005). Uradni list RS, št. 23 (10. 3. 2005). Pridobljeno 2. 8. 2016, s [https://www.uradni-list.si/1/content?id=54447&part=u&highlight=zakon+o+zdravstveni+dejavnosti#!/Zakon-o-zdravstveni-dejavnosti-\(uradno-precisceno-besedilo\)](https://www.uradni-list.si/1/content?id=54447&part=u&highlight=zakon+o+zdravstveni+dejavnosti#!/Zakon-o-zdravstveni-dejavnosti-(uradno-precisceno-besedilo)).
18. Železnik, D., Filej, B., Brložnik, M., Buček Hajdarević, I., Dolinšek, M., Istenič, B. idr. (2008). *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
19. Žmavc, A. (2009a). Razvoj sistema NMP v Sloveniji. V M. Gričar in R. Vajd (ur.), *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2009* (str. 150–152). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.

Osposobljenost studenata sestrinstva za komunikaciju na engleskom jeziku

UDK 616-083+811.111

KLJUČNE RIJEČI: sestrinstvo, komunikacija, engleski jezik, studenti

POVZETEK - U zadnjih nekoliko desetljeća internacionalizacija i mobilnost na tržištu rada zahtijevaju usvajanje dodatnih komunikacijskih vještina, posebice onih na stranim jezicima. U zdravstvu, medicinske sestre i tehničari čine najbrojnije članove timova koji s pacijentima provode najviše vremena, a znanje stranih jezika postaje preduvjet uspostave kontakta i pružanja adekvatne skrbi. Cilj istraživanja bio je utvrditi razinu osposobljenosti studenata preddiplomskog stručnog studija sestrinstva Visoke tehničke škole u Bjelovaru za komunikaciju s pacijentima na engleskom jeziku i to: razumijevanje stručnih pojmova, vještine čitanja i pisanja te uvidjeti razlike u stavovima između redovitih (nezaposlenih) i izvanrednih (zaposlenih) studenata prema značaju učenja stranog jezika. Instrument provedbe istraživanja bio je upitnik koji je sadržavao Likertovu skalu stavova, a popunilo ga je 120 studenata. Iz rezultata istraživanja proizlazi da je gotovo polovica ispitanika izrazila nemogućnost ispravnog prevođenja stručnog pojma s hrvatskog na engleski jezik iako 47 % ispitanika smatra iznimno važnim učiti strani jezik na studiju sestrinstva. Analizom rezultata utvrđeno je kako postoje značajne statističke razlike u stavovima između ispitanika s obzirom na njihov radni status kod parametara koji se odnose na čitanje, pisanje i važnost učenja engleskog jezika.

UDC 616-083+811.111

KEY WORDS: nursing, communication, English language, students

ABSTRACT - In the last couple of decades, internationalisation and labour market mobility have resulted in the necessity of acquiring additional communication skills, especially in foreign languages. Within the healthcare system nurses represent the most numerous group of medical staff, who spend the most time with patients, and foreign languages have become a prerequisite for establishing contact and providing adequate care. The objective of this research was to determine the level of competence of students of the undergraduate professional study programme in nursing at the Technical College in Bjelovar to communicate with patients in English. More specifically, it related to the understanding of professional terminology, reading and writing skills, and the difference in attitudes between full-time (unemployed) and part-time (employed) students towards the importance of learning a foreign language. The instrument used was a questionnaire containing a Likert scale, which was completed by 120 students. The results indicate that almost half of all respondents expressed the inability to correctly translate professional terms from Croatian into English, although 47% of them found learning a foreign language in the scope of nursing studies to be exceptionally important. The results analysis proved significant statistical differences in the students' attitudes given their employment status regarding parameters related to reading, writing and the importance of learning a foreign language.

1 Uvod

U zadnjih nekoliko desetljeća procesi globalizacije rezultiraju raznim promjenama, od zahtjeva za informatičkom pismenošću do opisa poslova na tržištu rada. Te promjene zahtijevaju potrebu usvajanja dodatnih komunikacijskih vještina, posebice onih na stranim jezicima među kojima naročito prednjači znanje engleskog jezika (Sobo, Eterović i Rujevcčan, 2012).

Europski parlament i Vijeće su 2006. godine usvojili Preporuku o ključnim kompetencijama za cjeloživotno učenje čiji je cilj razvoj kvalitetnog obrazovanja usmjerenog budućnosti, oblikovanog prema potrebama europskoga društva. Jedna od ključnih kompetencija je i komunikacija na stranim jezicima koja uključuje glavne dimenzije vještina komuniciranja: temelji se na sposobnosti razumijevanja, izražavanja i tumačenja pojmova, misli, osjećaja, činjenica i mišljenja u usmenom i pisanom obliku (slušanje, govorenje, čitanje i pisanje) u različitim društvenim i kulturnim kontekstima (obrazovanje i osposobljavanje, rad, dom i slobodno vrijeme) prema vlastitim željama ili potrebama (Recommendation 2006/962/EC). Iako je početkom 2017. godine pokrenuta javna rasprava o reviziji okvira ključnih kompetencija očekuje se, da će uz definiranje jasnijih alata i postupaka kojima se podupire razvoj, komunikacija na stranim jezicima i dalje biti prepoznata kao jedna od ključnih kompetencija.

Komunikacija u današnjem suvremenom svijetu predstavlja jedno od osnovnih sredstava važnih za proces uspostave suradnje i međusobnih odnosa članova svakog poslovnog tima (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

Odabir karijere za koji se pojedinac osposobljava sa sobom zahtijeva određene kompetencije, odnosno različite vještine, znanja, stavove, vrijednosti i sposobnosti koji omogućuje adekvatan način izvođenja posla koji pojedinac odabere. Isto je i u sestrinstvu gdje kompetencije predstavljaju razinu obrazovanja, a glavni im je cilj upravo pružanje učinkovitog i sigurnog oblika zdravstvene njege koja je u skladu sa načelima etike (Šepec, 2011). Današnje medicinske sestre trebaju biti osposobljene stručnim znanjima, ali moraju vladati menadžmentom, komunikacijskim vještinama, etičkim i pravnim pitanjima (Krautscheid, 2008).

U medicini se komunikacija smatra fundamentalnom i najčešće primjenjivanom kliničkom vještinom na putu do uspješne dijagnoze i liječenja te uspostave odnosa s bolesnikom (Đorđević i Braš, 2011). Komunikacija predstavlja jedan od osnovnih preduvjeta zdravstvene skrbi jer su upravo medicinske sestre i tehničari u stalnoj komunikaciji s bolesnikom. Ona je osnovno sredstvo za uspostavu suradnje između članova svakog tima, pa tako i onog zdravstvenog u provođenju postupaka koji proizlaze iz područja zdravstvene skrbi (Krešić, 2013).

Sve su prisutnije promjene koje utječu na razvoj sestrinstva zbog utjecaja napretka medicine, novih spoznaja o dijagnostičkim i terapijskim metodama liječenja i skraćivanja boravka u bolnici, što zahtijeva i razvoj sestrinstva. Od posebne je važnosti upravo usvajanje komunikacijskih vještina na stranim jezicima, koje postaju ključne za kvalitetnu sestriinsku skrb u suvremenom društvu. U vrijeme migracija stanovništva, jezične barijere mogu biti ključne za pružanje adekvatne zdravstvene skrbi.

Razumijevanje komunikacije na drugom jeziku u zdravstvenom kontekstu je važno jer neadekvatna komunikacija može imati negativne posljedice, uključujući povećan psihološki stres pacijentu, medicinski značajne komunikacijske pogreške i nesporazume koji nose potencijalni zdravstveni rizik (Meuter, Gallois, Segalowitz, Ryder i Hocking, 2015). Stephenson (1995) je istražio iskustvo vijetnamskih izbjeglica sa zdravstvenim sustavom u Kanadi. Vijetnamski ispitanici su izjavili da su glavni problem zdravstvene skrbi jezične poteškoće u objašnjavanju simptoma i razumijevanju pre-

poruka zdravstvenog osoblja. Korištenje članova obitelji kao prevoditelja pokazalo se neprimjerenim jer pacijenti nisu htjeli iznositi neke probleme pred članovima obitelji. Pöchhacker (2000) u istraživanju provedenom u bolnicama u Beču u kojem je bilo uključeno 184 liječnika, 204 medicinskih sestara i 120 terapeuta utvrđuje da 91 % ispitanog zdravstvenog osoblja nije bilo sigurno kako razumjeti pacijenta koji ne poznaje njemački jezik. Uspostavljanju komunikacije najčešće pomažu ad hoc tumači. Šezdeset posto ispitanika »često« ili »gotovo uvijek« uspostavljaju komunikaciju s osobom koja prati pacijenta, obično djecu, 53 % koristi dvojezično bolničko osoblje, obično čistače ili medicinsko osoblje. Međutim, 47 % ispitanika nije zadovoljno ovom praksom i smatra da bi osiguranje bolničke prevoditeljske službe bilo najbolje rješenje za prevladavanje jezičnih barijera.

Međutim, uvažavajući postojeće standarde zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj realnije je rješenje sustavno osposobljavanje zdravstvenih djelatnika za komunikaciju na stranom jeziku.

Postavlja se pitanje važnosti obrazovanja zdravstvenih djelatnika za komunikaciju na stranom jeziku. U izvedbenim programima preddiplomskih studija sestrinstva u Republici Hrvatskoj (Tabela 1) uočene su razlike u trajanju, obveznosti i broju ECTS bodova kolegija engleskog jezika.

Tabela 1: Trajanje kolegija engleskog jezika na preddiplomskim studijima Sestrinstva u Republici Hrvatskoj

| <i>Trajanje kolegija</i> | <i>Studij</i> | <i>Obvezni / izborni</i> | <i>Ukupan broj ECTS bodova</i> | <i>Izvođač studija</i> |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------------|--|
| dva semestra | stručni | izborni | 2.0 | Visoka tehnička škola u Bjelovaru |
| šest semestra | sveučilišni | obvezni | 3.0 | Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek |
| jedan semestar | sveučilišni | izborni | 4.0 | Hrvatsko katoličko sveučilište |
| jedan semestar | stručni | izborni | 2.0 | Zdravstveno veleučilište Zagreb |
| dva semestra | stručni | izborni | 2.0 | Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci |
| četiri semestra | stručni | obvezni | 4.0 | Sveučilište u Dubrovniku |
| četiri semestra | sveučilišni | obvezni | 3.0 | Sveučilište u Splitu |
| jedan semestar | stručni | obvezni | 4.0 | Sveučilište u Zadru |
| - | stručni | - | - | Sveučilište Sjever |

2 Metode

Podaci prikazani u radu rezultat su istraživanja provedenog na preddiplomskom stručnom studiju Sestrinstvo Visoke tehničke škole Bjelovar u razdoblju od 1. ožujka 2017. do 20. lipnja 2017. godine. Korištena je metoda anketiranja primjenom originalnog anketnog upitnika sastavljenog za potrebe ovog istraživanja uz zajamčenu anonimnost prilikom obrade i objave konačnih rezultata. Anketni upitnik konstruiran za potrebe ovog istraživanja sadrži dva dijela. Prvi dio upitnika odnosi se na opće podatke o ispitanicima (spol, godina studija, status studenta i radni status). Drugi dio obuhvaća:

- 10 pitanja kojima se procjenjuje sposobnost prepoznavanja ispravnog pojma na engleskom jeziku koji odgovara hrvatskom prijevodu,
- 10 pojmova čije je nazive potrebno prevesti s hrvatskog na engleski jezik,
- 5 pitanja koja uključuju Likertovu skalu procjene osposobljenosti za komunikaciju s pacijentom na engleskom jeziku uzimajući u obzir vještinu govorne komunikaciju i njezino razumijevanje, vještinu čitanja i pisanja kao i subjektivnu važnost učenja engleskog jezika na stručnom studiju sestrinstva.

Rezultati su uneseni u pripremljenu Excel tablicu, a potom statistički obrađeni. Povezanost odabranih parametara istražena je t-testom. Za obradu i podataka korišten je računalni program Microsoft Excel 2010, a za statističke postupke T-Test Calculator dostupan na <http://www.socscistatistics.com/tests/studentttest/Default.aspx>.

3 Rezultati

Od ukupno 120 ispitanika koji su sudjelovali u istraživanju, 21 % je muškog spola, a 79 % ženskog spola. Prema godini studija, 44 % ispitanika je u promatranom razdoblju pohađalo drugu, a 56 % treću godinu stručnog studija. Prema statusu studiranja, 29 % ispitanika je u statusu redovitog, dok je 71 % pohađalo studij u statusu izvanrednog studenta. Prema radnom statusu 55 % ispitanika su nezaposlene, a 45 % zaposlene osobe.

3.1 Poznavanje engleskog nazivlja osnovnih stručnih pojmova

Drugi dio anketnog upitnika uključuje poznavanje stručnih pojmova na engleskom bez upotrebe ikakvih pomagala (rječnika, mobitel, računala i dr.), dok se treći dio odnosi na sposobnost samostalnog prevođenja stručnog pojma s hrvatskog na engleski jezik.

3.1.1 Prepoznavanje nazivlja stručnih pojmova na engleskom jeziku

Stručni pojmovi na hrvatskom jeziku koji su zahtijevali odabir između četiri ponuđene opcije na engleskom jeziku od kojih je samo jedan bio točan su: instrumentarka, bolnički odjel, otorinolaringologija, nosila, prva pomoć, liječnički recept, žulj, zavoj, probadajuća bol, nadutost.

Od ukupno 120 ispitanika, najveći udio ispitanika (91,67 %) je ispravno prepoznalo stručni pojam »zavoj« na engleskom jeziku, a najmanji udio (60,00 %) je prepoznalo stručni pojam »otorinolaringologija« (Tabela 2).

Tabela 2: Prepoznavanje stručnih pojmova na engleskom jeziku

| Stručni pojam | Točno | | Netočno | | Ukupno | |
|----------------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|
| | <i>f</i> | <i>f</i> % | <i>f</i> | <i>f</i> % | <i>f</i> | <i>f</i> % |
| instrumentarka | 88 | 73,33 | 32 | 26,67 | 120 | 100,00 |
| bolnički odjel | 92 | 76,67 | 28 | 23,33 | 120 | 100,00 |
| otorinolaringologija | 72 | 60,00 | 48 | 40,00 | 120 | 100,00 |
| nosila | 88 | 73,33 | 32 | 26,67 | 120 | 100,00 |
| prva pomoć | 105 | 87,50 | 15 | 12,50 | 120 | 100,00 |
| liječnički recept | 100 | 83,33 | 20 | 16,67 | 120 | 100,00 |
| žulj | 108 | 90,00 | 12 | 10,00 | 120 | 100,00 |
| zavoj | 110 | 91,67 | 10 | 8,33 | 120 | 100,00 |
| probadajuća bol | 84 | 70,00 | 36 | 30,00 | 120 | 100,00 |
| nadutost | 84 | 70,00 | 36 | 30,00 | 120 | 100,00 |

3.1.2 Prevođenje stručnih pojmova s hrvatskog na engleski jezik

Stručni pojmovi koji su zahtijevali prijevod s hrvatskog na engleski jezik: prehlada, manžeta, vrtoglavica, čir, umjetni kuk, probava, gluhoća, zadržavanje mokraćne, upaljeno grlo, pupčana vrpca (Tabela 3).

Od ukupno 120 ispitanika, najveći udio ispitanika (75,00 %) je točno imenovalo i napisalo stručni pojam »prehlada« na engleskom jeziku, a najmanji udio (17,50 %) je točno imenovalo i napisalo stručni pojam »zadržavanje mokraćne«. Dio ispitanika ispravno imenuje, međutim, nepravilno piše pojmove kad ih prevodi s hrvatskog na engleski jezik. Tako pojam »upaljeno grlo« ispravno imenuje, međutim, nepravilno piše 25,83 % ispitanika.

Tabela 3: Prevođenje stručnih pojmova s hrvatskog na engleski jezik

| Stručni pojam | Nepoznavanje pojma | | Poznavanje pojma, netočno pisanje | | Poznavanje pojma i točno pisanje | | Ukupno | |
|----------------------|--------------------|------------|-----------------------------------|------------|----------------------------------|------------|----------|------------|
| | <i>f</i> | <i>f</i> % | <i>f</i> | <i>f</i> % | <i>f</i> | <i>f</i> % | <i>f</i> | <i>f</i> % |
| prehlada | 26 | 21,67 | 4 | 3,33 | 90 | 75,00 | 145 | 100,00 |
| manžeta | 61 | 50,83 | 3 | 2,50 | 56 | 46,67 | 120 | 100,00 |
| vrtoglavica | 62 | 51,67 | 16 | 13,33 | 42 | 35,00 | 120 | 100,00 |
| čir | 70 | 58,33 | 1 | 0,83 | 49 | 40,83 | 120 | 100,00 |
| umjetni kuk | 71 | 59,17 | 6 | 5,00 | 43 | 35,83 | 120 | 100,00 |
| probava | 41 | 34,17 | 5 | 4,17 | 74 | 61,67 | 120 | 100,00 |
| gluhoća | 64 | 53,33 | 10 | 8,33 | 46 | 38,33 | 120 | 100,00 |
| zadržavanje mokraćne | 72 | 60,00 | 27 | 22,50 | 21 | 17,50 | 120 | 100,00 |
| upaljeno grlo | 53 | 44,17 | 31 | 25,83 | 36 | 30,00 | 120 | 100,00 |
| pupčana vrpca | 56 | 46,67 | 12 | 10,00 | 52 | 43,33 | 120 | 100,00 |

3.2 Osposobljenost studenata sestrinstva za komunikaciju s pacijentom na engleskom jeziku

Od studenata je traženo da procijene osobnu osposobljenost za komunikaciju s pacijentom na engleskom jeziku uzimajući u obzir vještinu govorne komunikacije i njezino razumijevanje, vještinu čitanja i pisanja, kao i subjektivnu važnost učenja engleskog jezika na stručnom studiju sestrinstva izraženo ocjenom od jedan do pet s tim da je jedan najmanja, a pet najveća ocjena promatranog obilježja.

3.2.1 Samoprocjena govorne komunikacije studenata sestrinstva na engleskom jeziku

Od ukupno 120 ispitanika, 117 je prihvatilo procijeniti osobnu razinu osposobljenosti za komunikaciju na engleskom jeziku, a tri ispitanika nisu odgovorila na ovaj dio upitnika. Prosječna ocjena samoprocjene govorne komunikacije na engleskom jeziku je 2,98, a ukupni rezultati prikazani su u Tabeli 4.

Tabela 4: Rezultati samoprocjene razine govorne komunikacije na engleskom jeziku

| <i>Svoju govornu komunikaciju na engleskom jeziku ocijenio/la bih ocjenom</i> | | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|
| <i>Ocjena</i> | <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> | <i>5</i> | <i>Ukupno</i> |
| f | 11 | 24 | 46 | 28 | 8 | 117 |
| f % | 9,2 | 20,0 | 38,3 | 23,3 | 6,7 | 100,0 |

3.2.2 Razumijevanje govorne komunikacije na engleskom jeziku

Od ukupno 120 ispitanika, ukupno njih 117 je ispravno obavilo samoprocjenu vlastite razine osposobljenosti za razumijevanje komunikacije na engleskom jeziku pri čemu su dobiveni podaci kako najveći broj ispitanika, njih 38 (31 %) svoju sposobnost govorne komunikacije ocjenjuje s ocjenom 4, dok najmanji broj ispitanika, njih 7 (6 %) ocjenjuje istu s 1, što je i vidljivo na priloženoj Tablici 6. Prosječna ocjena samoprocjene razumijevanja govorne komunikacije ispitanika iznosi 3,57.

Tabela 5: Rezultati samoprocjene razine razumijevanja govorne komunikacije na engleskom jeziku

| <i>Svoje razumijevanje govorne komunikacije na engleskom jeziku ocijenio/la bih ocjenom:</i> | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|
| <i>Ocjena</i> | <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> | <i>5</i> | <i>Ukupno</i> |
| f | 7 | 11 | 34 | 38 | 27 | 117 |
| f % | 5,8 | 9,2 | 28,3 | 31,7 | 22,5 | 100,0 |

3.2.3 Vještina čitanja studenata sestrinstva na engleskom jeziku

Prosječna ocjena samoprocjene vještine čitanja ispitanika iznosi 3,58. Od ukupno 120 ispitanika, 116 je prihvatilo procijeniti osobnu razinu čitanja na engleskom jeziku pri čemu su dobiveni podaci kako najveći broj ispitanika, njih 36 (30 %) svoju vještinu čitanja ocjenjuje s ocjenom 4, dok najmanji broj ispitanika, njih 5 (4 %) ocjenjuje istu s 1 (Tabela 5).

Tabela 6: Rezultati samoprocjene vještine čitanja na engleskom jeziku

| <i>Svoje vještine čitanja na engleskom jeziku ocijenio/la bih ocjenom:</i> | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|
| <i>Ocjena</i> | <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> | <i>5</i> | <i>Ukupno</i> |
| <i>f</i> | 5 | 19 | 26 | 36 | 30 | 116 |
| <i>f %</i> | 4,2 | 15,8 | 21,7 | 30,0 | 25,0 | 100,0 |

3.2.4. Vještina pisanja studenata sestrinstva na engleskom jeziku

Od ukupno 120 ispitanika, 116 je prihvatilo procijeniti osobnu razinu pisanja na engleskom jeziku. Dobiveni rezultati pokazuju da 36 % svoju sposobnost čitanja ocjenjuje s ocjenom 3, dok najmanji broj ispitanika, njih 6 ili 5 % ocjenjuje istu s 5 (Tabela 6). Prosječna ocjena samoprocjene vještine čitanja ispitanika iznosi 2,92.

Tabela 7: Rezultati samoprocjene vještine pisanja na engleskom jeziku

| <i>Svoje vještine čitanja na engleskom jeziku ocijenio/la bih ocjenom:</i> | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|
| <i>Ocjena</i> | <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> | <i>5</i> | <i>Ukupno</i> |
| <i>f</i> | 13 | 25 | 42 | 30 | 6 | 116 |
| <i>f %</i> | 10,8 | 20,8 | 35,0 | 25,0 | 5,0 | 100,0 |

3.2.5. Važnost učenja engleskog jezika na stručnom studiju sestrinstva

Važnost učenja engleskog jezika na stručnom studiju sestrinstva procijenilo je 118 od 120 ispitanika. Najveći udio ispitanika, 47 % važnost učenja engleskog jezika ocjenjuje ocjenom 5, dok najmanji broj ispitanika (5 ili 3 %) ocjenjuje istu ocjenom 1 (Tabela V7). Prosječna ocjena važnosti učenja engleskog jezika iznosi 4,02.

Tabela 8: Rezultati ocjene studenata važnosti učenja engleskog jezika

| <i>Važnost učenja engleskog jezika na stručnom studiju sestrinstva ocijenio/la bih ocjenom:</i> | | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|
| <i>Ocjena</i> | <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> | <i>5</i> | <i>Ukupno</i> |
| <i>f</i> | 4 | 9 | 24 | 25 | 56 | 118 |
| <i>f %</i> | 3,3 | 7,5 | 20,0 | 20,8 | 46,7 | 100,0 |

3.3 Povezanost radnog statusa ispitanika sa samoprocjenom razine pojedinih vještina i važnosti učenja engleskog jezika na studiju sestrinstva

Primjenom t-testa ispitana je povezanost radnog statusa studenata preddiplomskog stručnog studija sestrinstva i samoprocjene sljedećih obilježja:

- vještina govorne komunikacija na engleskom jeziku
- vještina razumijevanja govorne komunikacije na engleskom jeziku
- vještina čitanja na engleskom jeziku
- vještina pisanja na engleskom jeziku
- važnost učenja engleskog jezika na stručnom studiju sestrinstva

Izračunom t-testa uz razinu značajnosti $p = 0,05$ nije dokazana statistički značajna razlika u samoprocjeni razine govorne komunikacije na engleskom jeziku (Tabela 8) kao ni u samoprocjeni razine razumijevanja govorne komunikacije na engleskom jeziku između zaposlenih i nezaposlenih studenata (Tabela 9).

Tabela 9: Rezultati t-testa samoprocjene razine govorne komunikacije između nezaposlenih i zaposlenih studenata

| | <i>N</i> | <i>Df</i> | <i>M</i> | <i>SS</i> | <i>s</i> ² | <i>t-value</i> | <i>p-value</i> | <i>Rezultat</i> |
|----------------------|----------|-----------|----------|-----------|-----------------------|----------------|----------------|---|
| Nezaposleni studenti | 64 | 65 | 3.09 | 45.44 | 0.72 | 1.25755 | 0.105551 | Rezultat nije signifikantan uz $p < 0.05$ |
| Zaposleni studenti | 53 | 52 | 2.85 | 80.79 | 1.55 | | | |

Tabela 10: Rezultati t-testa samoprocjene razine razumijevanja govorne komunikacije na engleskom jeziku između nezaposlenih i zaposlenih studenata

| | <i>N</i> | <i>Df</i> | <i>M</i> | <i>SS</i> | <i>s</i> ² | <i>t-value</i> | <i>p-value</i> | <i>Rezultat</i> |
|----------------------|----------|-----------|----------|-----------|-----------------------|----------------|----------------|---|
| Nezaposleni studenti | 64 | 63 | 3.72 | 68.94 | 1.09 | 1.55 | 0.06147 | Rezultat nije signifikantan uz $p < 0.05$ |
| Zaposleni studenti | 53 | 52 | 3.04 | 74.68 | 1.44 | | | |

Međutim, izračunom t-testa uz razinu značajnosti $p = 0,05$ utvrđena je statistički značajna razlika između nezaposlenih i zaposlenih studenata u odnosu na vlastitu procjenu razine čitanja na engleskom jeziku pri čemu nezaposleni studenti ovu vještinu procjenjuju boljim ocjenama od zaposlenih studenata (Tabela 10). Statistički značajna razlika s obzirom na radni status studenata utvrđena je i kod obilježja samoprocjene vještine pisanja na engleskom jeziku (Tabela 11) u korist nezaposlenih studenata.

Tabela 11: Rezultati t-testa samoprocjene vještine čitanja na engleskom jeziku između nezaposlenih i zaposlenih studenata

| | <i>N</i> | <i>Df</i> | <i>M</i> | <i>SS</i> | <i>s</i> ² | <i>t-value</i> | <i>p-value</i> | <i>Rezultat</i> |
|----------------------|----------|-----------|----------|-----------|-----------------------|----------------|----------------|---|
| Nezaposleni studenti | 63 | 62 | 3.76 | 69.43 | 1.12 | 1.88 | 0.031554 | Rezultat je signifikantan uz $p < 0.05$ |
| Zaposleni studenti | 53 | 52 | 3.36 | 82.19 | 1.58 | | | |

Tabela 12: Rezultati t-testa samoprocjene vještine pisanja na engleskom jeziku između nezaposlenih i zaposlenih studenata

| | <i>N</i> | <i>Df</i> | <i>M</i> | <i>SS</i> | <i>s</i> ² | <i>t-value</i> | <i>p-value</i> | <i>Rezultat</i> |
|----------------------|----------|-----------|----------|-----------|-----------------------|----------------|----------------|---|
| Nezaposleni studenti | 64 | 63 | 3.08 | 54.61 | 0.87 | 1.76 | 0.040218 | Rezultat je signifikantan uz $p < 0.05$ |
| Zaposleni studenti | 52 | 51 | 2.73 | 72.23 | 1.42 | | | |

Primjenom t-testa utvrđena je razlika ocjene važnosti učenja engleskog jezika na stručnom studiju sestrinstva između nezaposlenih i zaposlenih studenata (Tabela 12) pri čemu nezaposleni studenti učenje engleskog jezika ocjenjuju višom ocjenom.

Tabela 13: Rezultati t-testa procjene važnosti učenja engleskog jezika na stručnom studiju sestrinstva između nezaposlenih i zaposlenih studenata

| | <i>N</i> | <i>Df</i> | <i>M</i> | <i>SS</i> | <i>s</i> ² | <i>t-value</i> | <i>p-value</i> | <i>Rezultat</i> |
|----------------------|----------|-----------|----------|-----------|-----------------------|----------------|----------------|---|
| Nezaposleni studenti | 64 | 63 | 4.22 | 54.94 | 0.87 | 2.13 | 0.017844 | Rezultat je signifikantan uz $p < 0.05$ |
| Zaposleni studenti | 54 | 53 | 3.78 | 91.33 | 1.72 | | | |

4 Rasprava

Za potrebe ovog istraživanja provedeno je anketiranje 120 studenata druge i treće godine preddiplomskog stručnog studija Sestrinstva na Visokoj tehničkoj školi u Bjelovaru.

Istraživanjem se željela utvrditi razina osposobljenosti studenata za komunikaciju s pacijentima na engleskom jeziku. Iako je izbor stručnih riječi temeljem kojeg je ocijenjena osposobljenost studenata za komunikaciju na engleskom jeziku mogao biti i drugačiji, a broj riječi veći, rezultati upućuju na nezadovoljavajuće znanje studenata. Ukupni rezultati ukazuju kako studenti bolje vladaju prepoznavanjem pojmova na engleskom jeziku nego prevodenjem hrvatskih pojmova na engleski jezik. Manje od pola (42 %) ispitanika u cijelosti je ispravno imenovalo i napisalo traženi hrvatski pojam na engleskom jeziku, dok je 48 % pokazalo nepoznavanje stručnog pojma i nemogućnost prevodenja s hrvatskog na engleski jezik, a 10 % je imenovalo pojam, no, pogrešno napisalo englesku riječ.

Zanimljivo je usporediti ove rezultate s rezultatima samoprocjene elemenata komunikacije studenata na engleskom jeziku. Naime, studenti su vrlo svjesni svojih ograničenja u komunikaciji na stranom jeziku pokazanih u prepoznavanju pojmova, a posebno u prevodenju stručnih pojmova s hrvatskog na engleski jezik. Prosječna ocjena samoprocjene vještina pisanja na engleskom jeziku je 2,92 % (pri čemu je čak 10,8 % studenata svoje vještine ocijenilo najnižom ocjenom), te govorne komunikacije 2,98. Nešto je viša prosječna ocjena razumijevanja govorne komunikacije (3,57) i čitanja (3,58) na engleskom jeziku.

Istovremeno, studenti su svjesni važnosti učenja engleskog jezika na stručnom studiju sestrinstva. Prosječna ocjena ovog elementa 4,02 uz činjenicu da je 46,7 % studenata s najvećom ocjenom ocijenilo važnost učenja engleskog jezika tijekom studija.

Iz navedenih rezultata moguće je zaključiti kako poznavanje stranog jezika studenata sestrinstva nije zadovoljavajuće. Moguća rješenja su:

- povećanje satnice stranog jezika u postojećem kurikulumu studija;
- uvođenje stranog jezika u više godine studija;
- uvođenje kontinuiranog usavršavanje medicinskih sestara u programe cjeloživotnog učenja, programa licenciranja i dr.

LITERATURA

1. Đorđević, V. in Braš, M. (2011). Osnovni pojmovi o komunikaciji u medicini. V V. Đorđević in M. Braš (ur.), *Komunikacija u medicini* (str.1–6). Zagreb: Medicinska naklada.
2. Key Competences for Lifelong Learning – A European Reference Framework. (2006). Recommendation 2006/962/EC of the European Parliament and of the Council of 18 December 2006 on key competences for lifelong learning. Pridobljeno 11. 8. 2017, s <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:32006H0962>.
3. Krautscheid, L. (2008). Improving Communication among Healthcare Providers: Preparing Student Nurses for Practice. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5 (1), 1–13.
4. Krešić, V. (2013). Komunikacija u sestrinstvu - međuljudski odnosi zdravstvenih djelatnika. *Sestrinski glasnik*, 18 (1), 41–43.
5. Lučanin, D. in Despot Lučanin, J. (2010). *Komunikacijske vještine u zdravstvu*. Zdravstvenoveleučilište Jastrebarsko: Naklada Slap.
6. Meuter, R. F. I., Gallois, C., Segalowitz, N. S., Ryder, A. G. in Hocking, J. (2015). Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. *BMC Health Services Research*, 15, 371.
7. Pöchhacker, F. (2000). Language barriers in Vienna hospitals. *Ethnicity and Health*. 5 (2), 113–119.
8. Sobo, K., Eterović, S. in Rujevčan, D. (2012). Komunikacija u nastavi stranog jezika. V B. Wasserbauer idr. (ur.). *Zbornik Veleučilišta u Karlovcu*. Karlovac: Veleučilište u Karlovcu.
9. Stephenson, P. H. (1995). Vietnamese refugees in Victoria, B.C.: An overview of immigrant and refugee health care in a medium-sized Canadian urban centre. *Social Science & Medicine*, 40 (12), 1631–1642.
10. Šepec S. (2011). *Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege*. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara.

Posledice padcev starejših oseb v domačem okolju

UDK 616-053.9-045.26

KLJUČNE BESEDE: dejavniki tveganja, padci, posledice padcev, starejši ljudje, staranje

POVZETEK - Posledice padcev starejših ljudi lahko negativno vplivajo na njihovo samostojnost. Z raziskavo smo želeli ugotoviti posledice padcev starejših oseb v domačem okolju. Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja, metodo deskripcije, kompilacije in sinteze. Raziskavo smo izvedli na namenskem vzorcu starejših ljudi ($n = 28$) v Mestni občini Velenje marca 2017. Podatke smo statistično obdelali s statističnim paketom SPSS, verzija 22.0. Raziskava pokaže, da je 21 (75 %) anketiranih starejših ljudi padlo, od tega se jih je 10 (48 %) zaradi padca poškodovalo in zato poiskalo zdravniško pomoč. Starejši se v domačem okolju srečujejo s padci, njihovimi posledicami in z arhitekturnimi ovirami. Na podlagi rezultatov predlagamo, da bi bilo treba padce starejših v domačem okolju evidentirati, saj jih veliko ostane neregistriranih. Za celostno obravnavo starih ljudi bi morali preučiti tudi psihične posledice padcev.

UDC 616-053.9-045.26

KEY WORDS: risk factors, falls, consequences of falls, older people, aging

ABSTRACT - Consequences of falls among older people can have a negative impact on the autonomy of life. We wanted to find out the consequences of falls among older people in their home environment. We used a quantitative method of research, the methods of description, compilation and synthesis. The study was carried out on a purposeful sampling of elderly people ($n = 28$). The survey was conducted in the Municipality of Velenje in March 2017. The data were statistically processed with the statistical package SPSS, version 22.0. Data show that 21 (75%) of the respondents had already fallen, of which 10 (48%) were injured as a result of a fall, and sought medical help. In their home environment, older people experience falls as well as their consequences, and they need to deal with architectural obstacles. Based on the results, we suggest that falls among older people in the home environment should be accurately recorded, since many falls remain unregistered. For the holistic treatment of older people, the psychological consequences of falls should be studied.

1 Teoretična izhodišča

Staranje je nepovraten, postopen proces propadanja vsakega organizma. Zanj je značilno postopno zmanjševanje in odpovedovanje življenjskih funkcij, poškodb, v kombinaciji z ali brez bolezni ter njihovih posledic. S procesom staranja nastajajo starostne spremembe, ki se odražajo kot posledica zmanjšane sposobnosti odziva organizma. Zmanjšana odzivnost organizma se kaže kot upad funkcionalnih sposobnosti in motene oskrbe delovanja organizma kot celote (Poljšak in Lampe, 2011). Ena od spremljajočih značilnosti staranja so zagotovo različne bolezni, ki posamično, pogosto pa združeno, omejujejo življenjsko vedrino starejših. 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 - sočasno pojavljanje več bolezni hkrati. Značilne

so drugačna odzivnost in manjša prilagodljivost telesa, kronične bolezni, do katerih pride zaradi počasnega, zabrisanega poteka bolezni kot izrazu slabotnega organizma v starosti (Bilban, 2015). Zato so starejši, 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 (Klemenčič, 2015).

Tomšič (2011) je na podlagi informacij tujih avtorjev prikazala so-odvisnost dejavnikov tveganja. Gibalna oviranost, ki jo povzročata zmanjšana mišična moč ter nestabilnost, vodi v večje število padcev. Na pogostost padcev imata velik vpliv bivalno in družbeno okolje. Prepletanje dejavnikov lahko povzročijo poškodbe, le te pa slabšo mobilnost ali celo nepomičnost. Padci pri starejših predstavljajo enega izmed pogostejših in nevarnih problemov, saj lahko imajo velik vpliv na zmanjšanje funkcionalnih sposobnosti in povzročijo odvisnost od drugih oseb. Tomšič (2011) še dodaja, da lahko v prihodnje zaradi naraščanja deleža starejših nad 80 let, med njimi, pričakujemo tudi porast padcev. Voljč in sodelavci (2016) navajajo, da predviden porast starejših napoveduje večji pomen z visoko starostjo povezanih zdravstvenih problemov, predvsem geriatričnih sindromov, med katerimi so padci, še posebej v kombinaciji z drugimi sindromi, posebej pomembni. Padanje je resen pojav, ki lahko nastane iz več razlogov. Poškodbe zaradi padcev lahko negativno vplivajo na samostojnost življenja, še zlasti poškodbe kolka in glave. Tomšič (2011) dodaja, da so lahko tudi »prikrite« bolezni eden izmed vzrokov za padce. Tomšič in Gunčar (2012) navajata, da srčno žilne bolezni, ki so med starejšimi najpogostejše, predstavljajo številne težave, s katerimi se starejši v starosti soočajo in povzročajo odvisnost starejših od drugih ljudi. Posledice prepletanja dejavnikov tveganja povzročajo večje število padcev med starejšimi. Padci imajo številne posledice, tako zdravstvene, socialne kot osebne. Tisti, ki so padli že kdaj prej potrebujejo ob ponovnem padcu več nege in skrbi, izkazuje pa se tudi višja smrtnost. Tudi manjši padci imajo lahko velike posledice na telesno in duševno zdravje. Med zdravstvenimi posledicami prevladujejo poškodbe in zlomi, med socialnimi posledicami zmanjšana samostojnost, socialna izoliranost in odvisnost v samooskrbi in negi, med osebnimi posledicami pa strah pred ponovnim padcem, duševne motnje, zmanjšana samozavest in depresija. Dejstvo je, da se v zdravstvu po padcu obravnava le poškodba, duševnemu stanju poškodovanca pa se namenja premalo pozornosti (Vičar, 2012). Med zunanjimi vzroki poškodb pri starejših so v Sloveniji po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje, padci najpogostejši problem. Poškodbe predstavljajo 44 % smrtnost in 75 % vzrok hospitalizacij. Umrljivost zaradi padcev začne rasti po 66. letu pri moških, pri ženskah nekako 10 let kasneje in z višanjem starosti strmo narašča. Umrljivost zaradi padcev je v vseh starostih višja pri moških kot pri ženskah. 10 do 25 % starejših nad 65 let, zaradi padca utрпи zelo težke poškodbe, ki povzročajo izgubo mobilnosti in samostojnosti ter predstavljajo povečano tveganje za smrt. (Rok Simon, 2006). V letu 2012 so bile poškodbe zaradi padcev najpogostejši razlog sprejema v bolnišnico. Utrpelo jih je 29.930 poškodovancev, od tega 9911

(33 %) v starosti nad 65 let. Zaradi poškodb je umrlo 509 ljudi, od tega 83% v starosti nad 65 let, 172 moških in 252 žensk. V smrtni nevarnosti so tudi starejši, ko so doma sami in če ni nikogar, ko padejo in ne morejo več vstati. Smrtnost zaradi padcev je najvišja doma (Voljč idr., 2016).

Tomšič in Rugelj (2011) navajata, da mora biti tudi skrb družbe usmerjena v preprečevanje padcev, saj so le ti pogost razlog nepotrebnih poškodb, hospitalizacij, odvisnosti od drugih ljudi in večkrat razloga za namestitvev v socialno varstveni zavod. Pogost padci vodijo v funkcionalno oviranost.

Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšne posledice so povzročili padci med starejšimi v domačem okolju?

Raziskovalno vprašanje 2: Kako padci vplivajo na funkcionalne sposobnosti starejših v domačem okolju?

Raziskovalno vprašanje 3: Kakšen pomen starejši v domačem okolju pripisujejo preprečevanju padcev?

2 Metoda

Uporabili smo kvantitativno neeksperimentalno metodo dela, metodo deskripcije, kompilacije in sinteze. Za zbiranje podatkov smo uporabili tehniko anketiranja. Za instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki je bil sestavljen iz dveh sklopov. Oblikovali smo ga na podlagi pregleda literature: Rok Simon, 2006; Tomšič in Rugelj, 2011; Vičar, 2012; Voljč idr., 2016, Zupan in Grmek Košnik, 2011. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec s starostno omejitvijo anketirancev 65 let in več let. Raziskava je potekala v domačem okolju, na območju mestne občine Velenje, v krajevni skupnosti Stara vas, med starejšimi ljudmi. V mesecu januarju 2017 je v mestni občini Velenje živelo 5177 starejših od 65 let, v krajevni skupnosti Stara vas pa 163 starejših od 65 let. Razdeljenih je bilo 50 anketnih vprašalnikov, vrnjenih je bilo 35 (70 %) anketnih vprašalnikov, od tega 7 (14 %) nepravilnih, ki smo jih izločili v nadaljnji obdelavi podatkov. Realizacija vzorca je bila 56 %. V raziskavi je sodelovalo 28 (100 %) anketiranih, od tega 12 (49,1 %) žensk in 16 moških (57,1 %). Povprečna starost anketirancev je bila 75,3 let, najmlajši anketiranec je bil star 66 let, najstarejši pa 91 let (SO = 7,4). 7 (25%) anketirancev živi samih, 14 (50 %) jih živi s partnerjem/partnerko in 7 (25 %) anketirancev živi skupaj s svojim otrokom/otroci. Sodelovanje v raziskavi je potekalo prostovoljno. Upoštevali smo vse etične vidike raziskovanja: načelo neškodljivosti, pravičnosti, zaupnosti, resnicoljubnosti, koristnosti in načelo varnosti. Anketirancem je bila zagotovljena pojasnitev, namen, potek in cilji projektno raziskovalne naloge ter pravica do zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti. Anketiranci so imeli možnost odklonitev sodelovanja v raziskavi. Upoštevana so bila vsa načela

Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Vsak anketiranec je podal informiran pristanek za sodelovanje v raziskavi.

3 Rezultati

Starejši v domačem okolju se srečujejo s padci in njihovimi posledicami. V tabeli 1 prikazujemo poškodbe zaradi padcev in posledice padcev s poiskano zdravniško pomočjo in brez nje.

Tabela 1: Poškodbe in posledice padcev med anketiranimi starimi ljudmi

| <i>Poškodba zaradi padca</i> | <i>N = 21</i> | <i>%</i> |
|--|---------------|----------|
| ▫ da | 10 | 48 |
| ▫ ne | 11 | 52 |
| <i>Posledice padca z poiskano zdravniško pomočjo</i> | | |
| ▫ zlom roke | 2 | 20 |
| ▫ zlom zapestja | 2 | 20 |
| ▫ zlom kolka | 3 | 30 |
| ▫ zlom gležnja | 2 | 20 |
| ▫ zlom hrbtenice | 1 | 10 |
| <i>Posledice padca brez zdravniške pomoči</i> | | |
| ▫ udarnine | 7 | 63,3 |
| ▫ podpludbe | 3 | 27,3 |
| ▫ bolečine | 1 | 9,1 |

Izmed 28 (100 %) anketiranih, je 21 (75 %) anketiranih že padlo, 7 (25 %) anketiranih nikoli. Iz tabele 1 je razvidno, da se je izmed 21 (100 %) anketiranih, ki so že padli, 10 (48 %) anketiranih zaradi padca poškodovalo in ob padcu poiskalo zdravniško pomoč. Posledice padca so bili zlom roke (20 %), zlom zapestja (20 %), zlom kolka (30 %), zlom gležnja (20 %) ter poškodba hrbtenice (10 %). 11 (52 %) anketiranih se zaradi padca ni poškodovalo, zato zdravniške pomoči niso poiskali. Ob padcu so utrpeli udarnine (63,6 %), podpludbe (27,3 %) in bolečine (9,1 %). Razlike med spoloma s poškodbami in posledicami padcev niso statistično značilne ($p = 0,717$).

Prav tako nas je zanimalo, kako padci vplivajo na funkcionalne sposobnosti starejših v domačem okolju. Na podlagi pridobljenih podatkov ugotavljamo, da posledice padcev niso imele bistvenega vpliva na funkcionalne sposobnosti, 16 (76,2 %) anketiranih pomoči pri osnovnih življenjskih aktivnostih ne potrebuje, 5 (23,8 %) anketiranih pa zaradi posledic padca, pri osnovnih življenjskih aktivnostih potrebuje pomoč. Pomoč pri gibanju in ustrezni legi potrebujejo 4 (80 %) anketirani, pri prehranjevanju 3 (60 %) in pitju ter pri oblačenju 2 (40 %). Anketirani so se lahko pri tem odločili za več odgovorov. Na podlagi pridobljenih rezultatov ugotavljamo, da je tudi ocena kakovosti življenja po padcu anketiranih enaka (61,9 %). Le tretjina anketiranih (33,3 %) je ocenilo slabšo kakovost življenja po padcu.

Tabela 2: Pomen in preventiva padcev med starimi ljudmi

| Trditve | <i>N</i> = 28 | <i>Spol</i> | <i>PV</i> | <i>SO</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|--|---------------|-------------|-----------|-----------|----------|----------|
| V domačem okolju se srečujem z arhitektonskimi ovirami. | 12 | Ž | 3,83 | 1,115 | 0,624 | 0,893 |
| | 16 | M | 3,56 | 1,153 | | |
| V domačem okolju se počutim dobro in varno. | 12 | Ž | 4,25 | 0,965 | 0,393 | 0,296 |
| | 16 | M | 4,13 | 0,719 | | |
| Urejenost domačega okolja je za preprečevanje padcev izredno pomembno. | 12 | Ž | 4,58 | 0,515 | 0,106 | 0,832 |
| | 16 | M | 4,56 | 0,512 | | |
| Padci vplivajo na kakovost življenja. | 12 | Ž | 4,00 | 1,279 | - 0,668 | 0,298 |
| | 16 | M | 4,25 | 0,683 | | |
| Preprečevanju padcev namenjam premalo pozornosti. | 12 | Ž | 3,00 | 1,537 | -1,362 | 0,121 |
| | 16 | M | 3,69 | 1,138 | | |

N: število anketiranih, *Ž*: ženske, *M*: moški, *PV*: povprečna vrednost, *SO*: standardni odklon, *t*: t-test, *p*: statistična značilnost

V tabeli 2 prikazujemo trditve in rezultate, ki se nanašajo na pomen in preventivo padcev. Trditve so anketirani ocenili po Likertovi petstopenjski lestvici, pri čemer je 1 pomenilo, da se s podano trditvijo ne strinjajo, 2 se strinjajo, 3 se ne morejo opredeliti (niti da – niti ne), 4 se s trditvijo strinjajo in 5 se s trditvijo popolnoma strinjajo. Najvišjo povprečno vrednost odgovorov po Likertovi lestvici je s strani ženskih anketirank dosegla trditev »Urejenost domačega okolja je za preprečevanje padcev izredno pomembno.« (*PV* = 4,58). Tudi anketiranci moškega spola omenjeno trditev ocenjujejo najvišje (*PV* = 4,56). Tudi razpršenost podatkov pri omenjeni trditvi je med spoloma najmanj razpršena (*SO* = 0,504). Sledi ji trditev »V domačem okolju se počutim dobro in varno.« Ženske anketiranke se najmanj strinjajo s trditvijo »Preprečevanju padcev namenjam premalo pozornosti.« (*PV* = 3,00). Anketiranci moškega spola se najmanj strinjajo s trditvijo »V domačem okolju se srečujem z arhitektonskimi ovirami.« (*PV* = 3,56). Razlike med posameznimi trditvami med spoloma smo preverjali s t-testom, vendar nismo ugotovili statistično značilnih razlik.

4 Razprava

Z opravljeno raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšne posledice so povzročili padci med starejšimi v domačem okolju. Ugotovili smo, da se je skoraj polovica (48 %) ob padcu poškodovala in ob padcu poiskala zdravniško pomoč. Med najpogostejšimi poškodbami so bili zlomi spodnje okončine, sledijo zlomi zgornje okončine. Če iz podatkov izločimo poškodbe ob katerih ni bila poiskana zdravniška pomoč, ugotovimo, da so starejši ob padcu utrpeli resne poškodbe, kar je skladno z navedbami literature. Vičar (2012) namreč navaja, da so med zdravstvenimi posledicami najpogostejše poškodbe in zlomi. Dejstvo je, da se v zdravstvu po padcu obravnava predvsem poškodba, zanemarja pa se duševno stanje poškodovanca. Iz pregleda literature (Rok Simon, 2006) ugotavljamo, da lahko v prihodnosti pričakujemo, da se bo zaradi naraščanja števila

starejše populacije, zaradi padcev zviševal tudi delež poškodb. Zaradi poškodb kot posledice padcev se bo povečal delež hospitalizacij, ki lahko obremenijo sekundarno zdravstveno dejavnost, potrebo po rehabilitaciji in oskrbi starejših ljudi v socialno varstvenih zavodih.

Prav tako nas je zanimalo, kako padci vplivajo na funkcionalne sposobnosti starejših v domačem okolju. Na podlagi pridobljenih podatkov ugotovljamo, da posledice padcev niso imele bistvenega vpliva na funkcionalne sposobnosti, saj več kot polovica pomoči pri osnovnih življenjskih aktivnostih ne potrebuje, potrebuje jih le petina. Pomoč potrebujejo pri gibanju in ustrezni legi, pri prehranjevanju in pitju ter pri oblačenju. Bilban (2015) navaja, da je sprejemanje telesnih in duševnih sprememb pri starejših močno odvisno od njegove osebnosti ter od okolja, v katerem živijo. 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 lažje prilagodi slabšemu fizičnemu in zdravstvenemu stanju.

Odgovoriti smo želeli na vprašanje, kakšen pomen starejši v domačem okolju pripisujejo preprečevanju padcev. Zagotovo lahko trdimo, da jim je urejenost domačega okolja za preprečevanje padcev izredno pomembna ($PV = 4,57$). Prav tako se strinjajo, da se v domačem okolju počutijo dobro in varno ($PV = 4,18$). Pri tem pa se srečujejo z arhitektonskimi ovirami ($PV = 3,68$). Preprečevanju padcev pa namenjajo premalo pozornosti ($PV = 3,39$). Pri tem se moramo zavedati, da so možnosti za preprečevanje padcev različne. Če povzamemo literaturo, so te vezane tako na osebne dejavnike kot dejavnike okolja (Bilban, 2015). Na dejavnike okolja lahko načrtno delujemo, predhodno je potrebno oceniti bivalne dejavnike tveganja (Tomšič, 2011). Zupan in Grmek Košnik (2011) navajata, da so spremembe doma le ena izmed okoljskih sprememb. Preprečuje skrite nevarnosti, ki lahko povzročijo padeč starostnika pri opravljanju dnevnih dejavnosti in obsega ukrepe, kot so namestitev zaščite na stopnicah (ograje, držala), namestitev oblog proti drsenju v kopalnih kadeh in zagotavljanje primerne razsvetljave. Ukrepi za spremembo domačega okolja obsegajo odpravljanje nevarnosti na domu, kot so ohlapne preproge, nered na stopnicah, spolzke podlage, uporaba oprijemal, nered z električnimi kablji, nestabilno pohištvo, postavljeni sedeži v stranišču, ograja na stopnicah in uporaba osebne alarmnega sistema za klic na pomoč, kadar je to potrebno. Dokazi o učinkovitosti ukrepov za varnost doma so relativno omejeni. Splošne ugotovitve namreč ne kažejo, da bi ukrepi za varnost doma zmanjšali število padcev ali tveganje padcev, vendar pa ljudem z večjim tveganjem ti ukrepi lahko koristijo.

Lempl (2013) na podlagi Strategije za starosti prijazne usmeritve in aktivnosti v Mestni občini Velenje do leta 2020 navaja, da Mestna občina Velenje namenja starejšim občankam in občanom posebno pozornost, saj je za starejše z vidika preventive padcev dobro poskrbljeno. Starejši ljudje potrebujejo pomoč, zato v Velenju zanje ustvarjajo programe za varnejšo starost in omogočajo aktivnosti, ki bodo naredile to obdobje varno in srečno. Leta 2010 so pristopili k projektu »Velenje, starosti prijazno mesto«, ki promovira aktivno staranje. Poleg varnosti in zdravja, skrbijo še za to, da sodelujejo pri kreiranju socialnega in kulturnega življenja skupnosti. Značilnosti sta-

rosti prijaznih mest so urejene stavbne in zunaj stavbne površine, ki so čiste in prijetne, lepo vzdrževane, pločniki so brez ovir in samo za pešce. Zasnovani so tako, da na njih ne drsi, da so dovolj široki za invalidske vozičke in da imajo robniki klančine do ravni cestišča. Prehodov za pešce je dovolj in so varni za ljudi z različnimi stopnjami in vrstami zmanjšane telesne sposobnosti, niso spolzki, so opremljeni z vidnimi in zvočnimi signali in dajejo na voljo dosti časa za prečkanje.

S pomočjo vseh pridobljenih rezultatov ugotavljamo, da bi bilo potrebno tudi padce med starejšimi v domačem okolju evidentirati, saj veliko padcev ostane neregistriranih. S sistematičnem spremljanjem starejših v domačem okolju, preprečevanjem padcev, preprečevanjem in lajšanjem njihovih posledic ter težav, z zagotavljanjem čim daljše samostojnosti starejših je kompleksna naloga različnih strokovnjakov, s katerimi bi starejšim lahko zagotovili kakovostno jesen njihovega življenja. Povzek (2012) dodaja, da bi se z uvedbo kategorizacije starejših, ki živijo v domačem okolju lahko dosegli večkratni obiski patronažne medicinske sestre, ki bi jih spremljala in svetovala o zdravstvenem stanju. Za izboljšanje funkcij in podaljševanje obdobja njihove samostojnosti bi lahko v obravnavo vključili tudi model geriatrične obravnave kroničnih bolezni.

Raziskava ima omejitve v izbrani metodi raziskovanja in vzorcu.

5 Zaključek

V prihodnosti lahko zaradi naraščanja števila starejših pričakujemo tudi vedno več padcev in njihovih posledic, ki vplivajo na kakovost njihovega življenja. Ugotovili smo, da so padci med starejšimi v domačem okolju pogosti, da povzročajo poškodbe, odvisnost, bolečine. Kljub temu je potrebno temu področju nameniti veliko pozornosti, starejše obravnavati celostno in jih ozaveščati o nevarnostih ter posledicah padcev. S tem bi pripomogli k zagotavljanju večje varnosti in kakovosti njihovega življenja. Vse podatke, ki smo jih pridobili v raziskavi, lahko uporabimo kot osnovo oziroma izhodišče za nadaljnje raziskave. Predlagamo, da se raziskava razširi na večjem vzorcu in podrobnejšem zastavljenem anketnem vprašalniku, v smislu vprašanj o padcih, ki bi zajemali natančnejšo opredelitev pogostosti padcev ter časovno opredelitev. Dobro bi bilo proučiti tudi psihične posledice padcev, saj se nam zdi to področje zoperstavljeno.

LITERATURA

1. Bilban, M. (2015). Vozniška zmožnost v starejših letih. V N. Kregar Velikonja (ur.), *Celostna obravnava pacienta: Starostnik v zdravstvenem in socialnem varstvu* (str. 27–50). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
2. Klemenčič, S. (2015). Socialno delo s starostniki v SB Novo mesto. V N. Kregar Velikonja (ur.), *Celostna obravnava pacienta: Starostnik v zdravstvenem in socialnem varstvu* (str. 197–205). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
3. Lempl, N. (2013). Strategija za starosti prijazne usmeritve in aktivnosti v Mestni občini Velenje do leta 2020. Velenje: Mestna občina Velenje, Urad za družbene dejavnosti.

4. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. (2014). Uradni list RS št. 71 (3. 10. 2014). Pridobljeno 8. 10. 2017, s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2014-01-2937/kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-slovenije>.
5. Poljšak, B. in Lampe, T. (2011). Proces staranja: vzroki, posledice in ukrepi. V D. Rugelj (ur.), *Aktivno in zdravo staranje* (str. 1–5). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
6. Povzek, M. (2012). *Samostojnost in odvisnost v življenju starostnika* (Diplomska naloga). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
7. Rok Simon, M. (2006). *Poškodbe starejših ljudi zaradi padcev v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut varovanja zdravja RS.
8. Tomšič, M. in Gunčar, M. (2012). Tveganost za padce v domačem okolju. V M. Tomšič (ur.), *Delovna terapija – stroka sedanjosti* (str. 115–122). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
9. Tomšič, M. (2011). Zakaj starejši padejo in kako padce preprečiti. V D. Rugelj (ur.), *Aktivno in zdravo staranje* (str. 107–113). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
10. Tomšič, M. in Rugelj, D. (2011). Ugotavljanje dejavnikov tveganja za padce pri starejših. V D. Rugelj (ur.), *Aktivno in zdravo staranje* (str. 99–104). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
11. Vičar, N. (2012). Najpogostejši vzroki padcev. V E. Kavaš (ur.), *Zdravstvena nega - z dokazi v prakso* (str. 26–32). Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja.
12. Voljč, B., Gabrijelčič, M., Becker, C., Komadina, R., Petrič, V., Scagnetti, V. idr. (2016). *Javno zdravstveni problem padcev med starejšimi in preventivne usmeritve v Sloveniji. Analitsko poročilo v okviru Delovnega sklopa 4 projekta AHA.si*. Ljubljana: Inštitut Emonicum za zdravo in aktivno življenje.
13. Zupan, D. in Grmek Košnik, I. (2011). Odnos slovenskih starostnikov do preprečevanja padcev. *Zdravstveno varstvo*, 50 (4), 213–226.

Stališča reševalcev do uporabe mehanskih naprav za zunanjo masažo srca

UDC 614.88:615.817

KLJUČNE BESEDE: reševalci, srčni zastoj, zunanja masaža srca, mehanske naprave

POVZETEK - Zavedanje o vplivu kakovostne zunanje masaže srca na preživetje pacienta s srčnim zastojem je privedlo do razvoja mehanskih naprav za zunanjo masažo srca, ki se vedno bolj uveljavljajo v kliničnem okolju. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšna so stališča reševalcev do uporabe omenjenih naprav v predbolnišničnem okolju. V raziskavi je sodelovalo 75 reševalcev iz štirih zdravstvenih domov. Za zbiranje podatkov smo uporabili vprašalnik, ki je vseboval 14 trditve, na katere so anketiranci odgovarjali s pomočjo 3-stopenjske lestvice. Za analizo podatkov smo, poleg deskriptivne statistike, uporabili Mann-Whitneyjev U-test neodvisnih vzorcev. Kot pomembno prednost uporabe mehanskih naprav reševalci izpostavljajo lažje vzdrževanje priporočenih parametrov zunanje masaže srca in bolj učinkovito delo reševalne ekipe, kot negativno plat pa predvsem neuporabnost mehanskih naprav pri otrocih in pacientih s prekomerno telesno težo. Reševalci, ki so večkrat uporabili napravo, so ji bolj naklonjeni. Kljub nekaterim pomanjkljivostim mehanske naprave omogočajo kakovostnejšo oskrbo pacientov s srčnim zastojem v predbolnišničnem okolju.

UDC 614.88:615.817

KEY WORDS: paramedics, mechanical devices for external cardiac massage, cardiac arrest

ABSTRACT - Being aware of the importance of quality external cardiac massages for the survival of the patient experiencing a cardiac arrest has led to the development of mechanical external cardiac massage devices which are increasingly establishing in the clinical setting. With the study we wanted to determine the attitudes of paramedics towards using the mentioned mechanical devices in the prehospital environment. 75 paramedics from four healthcare centres participated in the survey. For data collection, we used a questionnaire which included 14 statements to which respondents answered by means of a 3-point scale. For the data analysis, in addition to descriptive statistics, we used Mann-Whitney U-test for independent samples. As an important advantage of the mechanical devices, paramedics highlighted easier maintenance of the recommended parameters of external heart massage and better work efficiency of the rescue team. As a disadvantage, paramedics mostly highlighted the inapplicability of the devices when dealing with obese patients and children. Paramedics who repeatedly handled with the device expressed better attitude towards its use. Despite some deficiencies, mechanical devices provide higher quality care of patient with cardiac arrest in the prehospital environment.

1 Uvod

Nenadni srčni zastoj je nepričakovan dogodek katerega posledica je prenehanje delovanja srca zaradi srčnega ali drugega vzroka, pojavi pa se takoj ali najkasneje v 24 urah po pojavu simptomov (Chugh, 2008). Eden najpomembnejših ukrepov za preživetje pacienta s srčnim zastojem je kakovostna izvedba temeljnih postopkov oživljanja, med katere sodita ustrezno izvajanje zunanje masaže srca in predihavanje pacienta. Novejše raziskave poudarjajo, da je preživetje pacienta s srčnim zastojem v veliki meri odvisno predvsem od kakovostne izvedbe zunanje masaže srca. Zaradi visokih standardov, ki jih poudarjajo smernice, sprejete leta 2010, pa težko dosežemo

ustrezno frekvenco (100 stisov/minuto) in globino (ugreznitev prsnega koša za 5 cm) pri izvajanju zunanje masaže srca (Gradišek, 2011). Heightman (2010) navaja, da se v povprečju z ročno masažo srca izgubi 370 sekund, kar pa lahko bistveno vpliva na slabši izid oživljanja. Prav zaradi prej navedenih razlogov, so se v zadnjih letih na tržišču pojavile mehanske naprave, ki na različne načine izvajajo zunanjo masažo srca kot so Lucas™ (Physio-Control Inc., Švedska), Autopulse® (ZOLL Medical Corporation, ZDA) in LifeStat® (Michigan Instruments Inc., ZDA). Najpogostejša pristopa, ki jih omenjene naprave uporabljajo sta izvajanje kompresije z »batom« in »zategovalnim pasom«. S pomočjo mehanskih naprav pri pacientu s srčnim zastojem zagotavljamo višjo kakovost zunanje masaže srca, saj slednje zagotavljajo konstantno hitrost in želeno globino masaže. Prav tako se na ta način izognemo človeškim faktorjem, ki lahko vplivajo na kakovost zunanje masaže srca (npr. slabša fizična kondicija, idr.) (Rajapakse, 2010). Prednost naprav se kaže tudi v tem, da se pri masaži srca ni več potrebno menjati, saj naprava poskrbi za neutrudljivo in konstantno izvajanje kompresij obenem pa sprosti reševalca tako, da se lahko ta posveti drugim opravilom. Prednost mehanske masaže srca je tudi v situacijah, kjer ročna masaža ni mogoča (npr. med koronarografijo) ali je zelo otežena (Rajapakse, 2011). Sicer pa se tako pri ročni kot pri mehanski masaži srca pojavljajo poškodbe pri pacientu (poškodbe prsnice, reber, pljuč, idr.) (Perkins, 2010). V slovenskem prostoru se v zadnjem desetletju tako na predbolnišničnem kot bolnišničnem nivoju nujne medicinske pomoči pri oživljanju pacientov vedno bolj vključujejo mehanske naprave za izvajanje zunanje masaže srca. S tem namenom smo želeli ugotoviti kakšna so stališča reševalcev do uporabe mehanskih naprav za zunanjo masažo srca, ter katere prednosti in katere slabosti vidijo pri uporabi omenjenih naprav med obravnavo pacienta s srčnim zastojem na terenu.

2 Metoda

2.1 Opis instrumenta

V raziskavi je bila uporabljena metoda anketiranja. Za zbiranje podatkov smo sestavili vprašalnik na podlagi pregleda literature. Poleg sklopa demografskih podatkov je vprašalnik vseboval dva sklopa trditev, ki sta obravnavala sledeče vsebine: I) vpliv uporabe mehanskih naprav za zunanjo masažo srca na tehnični vidik obravnave pacienta v predbolnišničnem okolju (7 trditev); II) vpliv uporabe mehanskih naprav za zunanjo masažo srca na kakovost oživljanja (7 trditev). Pri omenjenih sklopih so anketiranci na posamezno trditev odgovarjali (izražali stopnjo strinjanja) s pomočjo 3-stopenjske lestvice. V končnem delu vprašalnika so anketiranci lahko prosto izrazili dodatna mnenja do uporabe mehanskih naprav za izvajanje zunanje masaže srca na terenu.

2.2 Opis vzorca

Raziskava je potekala med diplomiranimi zdravstveniki/medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami zaposlenimi v prehospitalnih enotah (PHE) štirih zdravstvenih domov.

Razdeljenih je bilo 80 vprašalnikov. Vprašalnik je izpolnilo 75 oseb; od tega je bilo 66 (88,0 %) moških in 9 (12,0 %) žensk, kar predstavlja 93,75 % realizacijo vzorca. Največ, in sicer 43 (57,3 %) anketirancev ima končano srednjo strokovno izobrazbo. Na vprašanje o delovnih izkušnjah v službi nujne medicinske pomoči jih je največ z 5 do 15 let delovnih izkušenj, in sicer 38 anketirancev (50,7 %); več kot 15 let delovnih izkušenj ima 23 anketirancev (30,7 %), manj kot 5 let pa 14 anketirancev (18,6 %).

2.3 Opis poteka raziskave

Raziskava je potekala od februarja do konca julija meseca 2015. Pred začetkom anketiranja smo s strani zdravstvenih ustanov pridobili ustrezna soglasja za izvedbo raziskave. Udeleženci so se prostovoljno odločali za sodelovanje v raziskavi. Vprašalnik in izvedba postopka anketiranja sta udeležencem zagotavljala anonimnost. Pridobljene podatke smo uredili in jih statistično obdelali s programskim paketom SPSS, verzija 23.0. Izvedli smo osnovno deskriptivno statistiko, rezultati so prikazani v obliki frekvenc, deležev in mediane. Za poglobljeno analizo podatkov smo uporabili Mann-Whitney U-test neodvisnih vzorcev. Vrednosti $p < 0,05$ so veljale za statistično značilne. Pri odprtem vprašanju smo naredili vsebinsko analizo besedila.

3 Rezultati

Vrednost Crombachovega koeficienta alfa celotnega vprašalnika znaša 0,69, kar kaže na sprejemljivo zanesljivost in notranjo konsistenco vprašalnika.

Vse PHE, katere so bile vključene v raziskavo, pri svojem delu uporabljajo mehansko napravo Lucas™. Med sodelujočimi v raziskavi njih 17 (22,7 %) se pri svojem delu še nikoli ni srečalo z mehansko napravo, njih 10 (13,3 %) navaja, da so se srečali le enkrat, 48 anketirancev (64,0 %) pa navaja, da so pri svojem delu mehansko napravo uporabljali vsaj dvakrat oz. večkrat. V nadaljevanju sledijo rezultati po posameznih sklopih vprašalnika za celoten vzorec ($n = 75$).

V prvem sklopu vprašalnika smo želeli ugotoviti, kakšna so stališča reševalcev do uporabe mehanskih naprav za zunanjo masažo srca iz tehničnega vidika obravnave pacienta na terenu (Preglednica 1). Večina reševalcev (58,7 %) meni, da uporaba Lucasa™ med obravnavo pacienta na terenu ni zamudna, in da njegova uporaba omogoča varnejše oživljanje v zadnjem delu reševalnega vozila ($Me = 3,00$; $SD = 0,67$). Sicer so pa reševalci predvsem kot pomanjkljivost izpostavili, da Lucas ni nastavljen za paciente vseh starostnih skupin (56,0 %), kot tudi ne pri pacientih z visokim indeksom telesne mase (56,0 %). Rezultati posameznih trditev tega sklopa vprašalnika so podrobneje prikazani v tabeli 1.

Tabela 1: Tehnični vidik uporabe mehanskih naprav na obravnavo pacienta v predbolnišničnem okolju

| Trditve (<i>n</i> =75) | Stopnja strinjanja (%) | | | Me | SO |
|---|------------------------|------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | | |
| Čas od prihoda do namestitve naprave je zamuden | 58,7 | 37,3 | 4,0 | 1,00 | 0,58 |
| Mehanske naprave niso nerodne za prenos in rokovanje na terenu | 12,0 | 61,3 | 26,7 | 2,00 | 0,61 |
| Naprava je nastavljiva za paciente vseh starostnih skupin | 56,0 | 25,3 | 18,7 | 1,00 | 0,79 |
| Naprava je nastavljiva za paciente z visokim ITM | 56,0 | 38,7 | 5,3 | 1,00 | 0,60 |
| Napravo je mogoče uporabiti v vseh okoliščinah (npr. pri prenosu pacienta po stopnicah navzdol, ipd.) | 16,0 | 44,0 | 40,0 | 2,00 | 0,71 |
| Z uporabo mehanskih naprav je oživiljanje v zadnjem delu reševalnega vozila varnejše | 9,3 | 33,3 | 57,4 | 3,00 | 0,67 |
| Uporaba mehanskih naprav pripomore k hitrejšemu transportu pacienta | 20,0 | 50,7 | 29,3 | 2,00 | 0,70 |

Legenda: ITM – indeks telesne mase, 1 - se ne strinjam, 2 - delno se strinjam, 3 - se popolnoma strinjam, Me - mediana, SO – standardni odklon

Vir: Anketni vprašalnik, feb.–jul. 2015.

Tabela 2: Vpliv uporabe mehanskih naprav na kakovost obravnave pacienta med oživiljanjem

| Trditve (<i>n</i> = 75) | Stopnja strinjanja (%) | | | Me | SO |
|---|------------------------|------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | | |
| Z uporabo mehanskih naprav je oskrba pacienta boljša in bolj kakovostna. | 5,3 | 37,3 | 57,4 | 3,00 | 0,60 |
| Mehanske naprave povečajo učinkovitost dela reševalne ekipe. | 4,0 | 32,0 | 64,0 | 3,00 | 0,57 |
| Z uporabo mehanske naprave reševalna ekipa ni izčrpana. | 8,0 | 32,0 | 60,0 | 3,00 | 0,64 |
| Z uporabo mehanskih naprav lažje vzdržujemo priporočene parametre kakovostne zunanje masaže srca, kot so globina, čas, hitrost izvajanja. | 5,3 | 18,7 | 76,0 | 3,00 | 0,56 |
| Mehanska naprava podaljša čas do prve defibrilacije v primeru, da je na monitorju prisotna VF/VT. | 54,7 | 41,3 | 4,0 | 1,00 | 0,58 |
| Poškodbe kože pri uporabi mehanske naprave so pogoste. | 41,3 | 50,7 | 8,0 | 2,00 | 0,62 |
| Poškodbe (rebra, organi) so pogostejše pri uporabi mehanske naprave v primerjavi s klasičnim načinom zunanje masaže srca | 30,7 | 52,0 | 17,3 | 2,00 | 0,68 |

Legenda: 1 - se ne strinjam, 2 - delno se strinjam, 3 - se popolnoma strinjam, Me - mediana, SO - standardni odklon

Vir: Anketni vprašalnik, feb.–jul. 2015.

V drugem sklopu vprašalnika smo želeli poizvedeti, kakšna so stališča reševalcev do uporabe mehanskih naprav za zunanjo masažo srca iz vidika kakovosti obravnave pacienta med oživljanjem (Tabela 2). Velika večina vprašanih meni, da z uporabo LucasTM lažje vzdržujejo priporočene parametre zunanje masaže (76,0 % anketirancev se je s to trditvijo strinjala v celoti). Prav tako ocenjujejo, da je z uporabo mehanskih naprav oskrba pacienta na terenu bolj kakovostna (Me = 3,00; SD = 0,60), ter da je učinkovitost dela reševalne ekipe večja (Me = 3,00; SD = 0,57).

Dodatno nas je zanimalo, ali med reševalci obstajajo razlike v stališčih o vplivu mehanskih naprav na kakovost obravnave pacienta v srčnem zastoju na terenu. Slednje smo razdelili v dve skupini in sicer na tiste, ki se z mehanskimi napravami pri svojem delu niso srečali nikoli oz. največ enkrat (skupina ≤ 1), in tistimi, ki so se z njihovo uporabo med oživljanjem srečali večkrat (skupina ≥ 2). Pri 4 od 7 trditev drugega sklopa so se pokazale statistično pomembne razlike (Tabela 3). Reševalci, ki so se z mehansko napravo pri svojem delu srečali večkrat imajo bolj pozitivno stališče do njihove uporabe med oživljanjem pacienta na terenu.

Tabela 3: Razlike v stališčih reševalcev o vplivu mehanskih naprav na kakovost obravnave pacienta med oživljanjem glede na dosedanje izkušnje z njihovo uporabo

| Trditve ($n = 75$) | PV \pm SO | | |
|--|-----------------|-----------------|--------|
| | Sk ≤ 1 | Sk ≥ 2 | U |
| Z uporabo mehanskih naprav je oskrba pacienta boljša in bolj kakovostna | 2,22 \pm 0,64 | 2,69 \pm 0,51 | 393,0* |
| Mehanske naprave povečajo učinkovitost dela reševalne ekipe | 2,37 \pm 0,57 | 2,73 \pm 0,54 | 423,0* |
| Z uporabo mehanske naprave reševalna ekipa ni izčrpana | 2,30 \pm 0,73 | 2,65 \pm 0,57 | 475,5* |
| Z uporabo mehanskih naprav lažje vzdržujemo priporočene parametre kakovostne zunanje masaže srca, kot so globina, čas, hitrost izvajanja | 2,48 \pm 0,58 | 2,83 \pm 0,52 | 420,5* |
| Mehanska naprava podaljša čas do prve defibrilacije v primeru, da je na monitorju prisotna VF/VT | 1,63 \pm 0,57 | 1,42 \pm 0,58 | 514,0 |
| Poškodbe kože pri uporabi mehanske naprave so pogoste | 1,63 \pm 0,49 | 1,69 \pm 0,69 | 640,5 |
| Poškodbe (rebra, organi) so pogostejše pri uporabi mehanske naprave v primerjavi s klasičnim načinom zunanje masaže srca | 1,78 \pm 0,51 | 1,92 \pm 0,77 | 592,0 |

Legenda: Sk ≤ 1 – anketiranci, ki se pri svojem delu z mehanskimi napravami za zunanjo masažo srca niso srečali nikoli oz. največ enkrat; Sk ≥ 2 - anketiranci, ki so se pri svojem delu z mehanskimi napravami za zunanjo masažo srca srečali več kot enkrat; PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon; U – Mann-Whitney U-test neodvisnih vzorcev – * $p < 0,05$

Vir: Anketni vprašalnik, feb.–jul. 2015.

Pri zadnjem, odprtem vprašanju so anketirani lahko dodali svoje mnenje glede uporabe mehanskih naprav za izvajanje zunanje masaže srca na terenu. Od 75 anketiranih jih je le 22 dopisalo svoje mnenje oz. opombo. Največkrat so anketiranci kot prednost uporabe omenjenih naprav navedli: »en par rok več«, »nismo toliko utrujeni«, »masaža je bolj učinkovita«. Eden izmed vprašanih je navedel, da je takšne naprave

»smiselno nabaviti v perifernih ambulantah zaradi podhranjenosti kadra«. Sicer so pa nekateri anketiranci izpostavili tudi slabosti uporabe omenjenih naprav: »naprava bi morala biti nastavljiva glede na konstitucijo pacienta«, »ni popolnega nadzora nad pacientom«, »napravo je potrebno narediti lažjo«, »naprava bi morala biti zložljiva«, »boljši in pralni pritrdilni trakovi«.

4 Razprava

Namen raziskave je bil ugotoviti stališča reševalcev do uporabe mehanskih naprav za zunanjo masažo srca, ki so v uporabi v Sloveniji, ter dobljene rezultate primerjati z rezultati drugih raziskav. V raziskavi je sodelovalo 75 reševalcev PHE iz štirih zdravstvenih domov. V Sloveniji se po zbranih podatkih v PHE najpogosteje uporablja napravo LucasTM. Rezultati naše raziskave so primerljivi z izsledki tujih raziskav in kažejo na naklonjenost reševalcev do uporabe mehanskih naprav za zunanjo masažo srca saj menijo, da ima njihova uporaba pri obravnavi pacientov s srčnim zastojem v predbolnišničnem okolju številne prednosti v primerjavi s klasičnim načinom izvajanja postopkov oživljanja. Raziskava je pokazala, da reševalci ob uporabi mehanskih naprav niso tako izčrpani, kot bi bili v primeru ročne masaže srca. Ta trditev sovpada tudi z zaključki raziskave, ki jo je leta 2011 izvedla Rajapakse. Gradišek (2011) navaja, da učinkovitost ročne masaže srca upade že po 1 minuti neodvisno od spola, telesne teže in poklica, ki ga izvajalec TPO opravlja. Ong idr. (2012) so izvedli raziskavo, v kateri so primerjali pravilnost izvedbe klasične masaže srca in masaže z napravo LucasTM. Pravilnost izvedbe so raziskovali v treh različnih situacijah. Ugotovili so, da je bilo na tleh z uporabo ročne masaže srca pravilno izvedenih med 54 % in 78 % srčnih kompresij, v zadnjem delu premikajočega se reševalnega vozila 46 %, medtem ko je bilo na reševalnih nosilih pravilno izvedenih zgolj 21 % srčnih kompresij. Z uporabo mehanske naprave LucasTM pa je bila izvedba, ne glede na situacijo, konstantna s 100 kompresijami na minuto. Rajapakse (2011) navaja, da uporaba naprave LucasTM oz. ostalih mehanskih naprav za zunanjo masažo srca nadomesti eno osebo v timu, tako da se ostali lahko posvetijo ostalim aktivnostim (npr. vzpostavitev intravenozne poti, priprava terapije, idr.), posegi med reanimacijo se izvajajo hitreje in učinkoviteje, poleg tega pa je dopuščenega več časa za umirjeno, dobro premišljeno in učinkovitejše ukrepanje. Ena od prednosti naprav je tudi, da so primerne za uporabo v okoliščinah, kjer je ročna masaža otežena oziroma onemogočena, na primer pri prenosu pacienta po stopnišču. To potrjujejo tudi izsledki raziskav, ki jih povzema Kesega (2012) in dodaja, da so mehanske naprave za zunanjo masažo srca uporabne tudi znotraj bolnišnične institucije (koronarografija in rentgensko slikanje) ter v primerih, ko je potrebna dolgotrajna srčna masaža. Ong idr. (2012) dodajajo, da uporaba mehanskih naprav znižuje tveganje za poškodbo reševalcev v zadnjem delu reševalnega vozila in da je uporaba naprave LucasTM tam varnejša v primerjavi z izvajanjem ročne masaže srca. Na samo uporabo LucasTM naprave vpliva tudi telesna teža, obseg in starost pacienta. Omenjeno napravo, zaradi njene strukture, ni mogoče uporabljati pri pacientih s visokim indeksom telesne mase ter pri otrocih (Rajapakse in Sterle, 2012). Ob pregledu

literature smo ugotovili, da ima izmed vseh naprav za mehansko masažo srca naprava LifeStat® največji razpon pri uporabi glede na telesno maso (>250 kg) in starost (>16 let). Pod glavno prednost naprave anketiranci uvrščajo dejstvo, da deluje po priporočenih smernicah za izvajanje zunanje masaže srca. V naši raziskavi je bilo ugotovljeno, da se z uporabo naprav za mehansko masažo srca poveča učinkovitost postopkov oživljanja, in je oskrba pacienta v predbolnišničnem okolju boljša in kakovostnejša. Putzer idr. (2013) so ob primerjavi masaže srca z napravo LucasTM in ročne masaže srca ugotovili, da naprava dosega višji odstotek pravilno izvedenih srčnih masaž, prekinitve pri mehanski masaži srca pa so za 84 sekund krajše, kot pri ročni masaži. Kljub številnim prednostim, ki jih reševalci izražajo do uporabe mehanskih naprav, slednji izpostavljajo tudi dejstvo, da so naprave še vedno dokaj težke, okorne in nezložljive, kar potrjuje tudi raziskava Rajapakse in Sterle (2012). Slednji so v omenjeni raziskavi izpostavili predvsem okornost naprave, saj le-ta reševalcem poleg vse ostale opreme, predstavlja dodatno breme. To izpostavljajo tudi nekateri reševalci v naši raziskavi. Četudi naj bi naprava LucasTM delovala po priporočenih smernicah, so Putzer idr. (2013) ugotovili, da njegova uporaba med oživljanjem podaljšuje čas do izvedbe prve defibrilacije do 63 sekund. Steen idr. (2005) izpostavljajo možnost izmika naprave med oživljanjem in nastanka poškodb pri pacientih, predvsem ob prometnih nesrečah in podobnih dogodkih, kjer lahko pride do nastanka poškodb oddaljenih delov telesa (npr. glave). Čeprav literatura navaja boljše kakovost oskrbe pacientov s srčnim zastojem v primeru uporabe mehanskih naprav med oživljanjem, dosedanje raziskave niso potrdile njihov vpliv na boljše preživetje pacientov (Hollenberg idr., 2013). Tudi Rajapakse (2011) v svoji raziskavi ni ugotovila statistično pomembnih razlik v incidenci povrnitve spontanega krvnega obtoka pri pacientih s srčnim zastojem, ki so bili oživljeni z mehanskimi napravami in tistimi pri katerih se je izvajala ročna masaža srca. Dodatno, nekateri avtorji (Keseg, 2012; Lešnik idr., 2012) povezujejo uporabo mehanskih naprav s slabšim nevrološkim izidom.

5 Sklep

Ugotovitve raziskave kažejo, da so za reševalce mehanske naprave za zunanjo masažo srca nepogrešljiv pripomoček v predbolnišničnem okolju, saj menijo, da slednje omogočajo kakovostnejše nudenje postopkov oživljanja in posledično boljše oskrbo pacientov s srčnim zastojem na terenu. Ugotavljamo tudi, da reševalci, kateri so večkrat rokovali z mehansko napravo izražajo boljša stališča do njene uporabe. Sicer pa klinične študije do danes še vedno niso uspele podati jasnih ugotovitev glede vpliva uporabe mehanskih naprav za zunanjo masažo srca na preživetje pacientov s srčnim zastojem v predbolnišničnem okolju, kar bo v prihodnosti potrebno vsekakor dodatno raziskati.

LITERATURA

1. Chugh, S. S., Kyndaron, R., Teodorescu, C., Evanado, A., Kehr, E., Samara, M. A., Gunson, K. in Jui, J. (2008). Epidemiology of Sudden Cardiac Death: Clinical and Research Implications. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 51 (3), 213–228.
2. Gradišek, P. (2011). Novosti v temeljnih postopkih oživljanja odraslih in uporabi avtomatičnega defibrilatorja: smernice 2010. V R. Vajd in M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2011: osemnajsti mednarodni simpozij o urgentni medicini*, Portorož, 15-18. junij 2011 (str. 24–30). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
3. Heightman, A. J. (2010). The 2010 AHA CPR guidelines released. Pridobljeno 5. 7. 2015, s <http://www.jems.com/articles/print/volume-35/issue-11/patient-care/2010-aha-cpr-guidelines-released.html>.
4. Hollenberg, J., Svensson, L. in Rosenqvist, M. (2013). Out of hospital cardiac arrest: 10 years of progress in research and treatment. *Journal of internal medicine*, 273, 572–583.
5. Keseg, D. P. (2012). The merits of mechanical CPR. Pridobljeno 16. 1. 2015, s <http://www.jems.com/articles/2012/08/merits-mechanical-cpr.html>.
6. Lešnik, A., Tomažič, J., Markota, A. in Berhardt, M. (2014). Naše izkušnje z uporabo pripomočka za zunanjo masažo srca. V R. Vajd in M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2014: enaindvajseti mednarodni simpozij o urgentni medicini*, Portorož, 19-21. junij 2014 (str. 340–341). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
7. Ong, M. E., Mackey, K. E., Zhang, Z. C., Tanaka, H., Swor, R. in Shin, S. D. (2012). Mechanical CPR devices compared to manual CPR during out-of-hospital cardiac arrest and ambulance transport: a systematic review. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation et emergency medicine*, 20 (1), 20–39.
8. Perkins, G. D., Brace, S. in Gates, S. (2010). Mechanical chest-compression devices: current and future roles. *Current opinion in critical care*, 16 (3), 203–210.
9. Putzer, G., Braun, P., Zimmerman, A., Perdoss, F., Strapazzon, G., Brugger, H. in Paal, P. (2013). Lucas compared to manual cardiopulmonary resuscitation is more effective during helicopter rescue—a prospective, randomized, cross-over manikin study. *American journal of emergency medicine*, 31 (2), 384–389.
10. Rajapakse, R. (2010). Uporaba mehanskih pripomočkov za zunanjo masažo srca v predbolnišničnem okolju. V R. Vajd in M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2010: sedemnajsti mednarodni simpozij o urgentni medicini*, Portorož, 9-12. junij 2010 (str. 44–47). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
11. Rajapakse, R. (2011). Uporaba mehanskih naprav za zunanjo masažo srca pri postopkih oživljanja. V V. Bračko, M. Cotič Anderle in M. Okročnik (ur.), *Urgentni pacient-znanje za kakovostno in varno oskrbo* (str. 99–103). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci.
12. Rajapakse, R. in Sterle, Š. M. (2012). Izkušnje z mehanskim pripomočkom za zunanjo masažo srca v PHE Ljubljana. V R. Vajd in M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2012: devetnajsti mednarodni simpozij o urgentni medicini*, Portorož, 13–16. junij 2012 (str. 156–159.). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
13. Steen, S., Sjöberg, T., Olsson, P. in Young, M. (2005). Treatment of out-of-hospital cardiac arrest with Lucas, a new device for automatic mechanical compression and active decompression resuscitation. *Resuscitation*, 67 (1), 25–30.

Edukacija pacijenata s križoboljom

UDC 615.8-056.24:37

KLJUČNE RIJEČI: fizioterapeuti, križobolja, edukacija

POVZETEK - Križobolja je jedna od najzastupljenijih bolesti današnjice, a samim time i najzastupljenije stanje u fizioterapiji. Zbog učestalog izostanka s posla, smanjenja produktivnosti i smanjene kvalitete života, globalni je socioekonomski problem. U istraživanju je sudjelovao 30 ispitanika s križoboljom. Anketiranje je bilo anonimno, provedeno je online pomoću anketnog upitnika. Pitanja se odnose na učestalost križobolje i educiranost pacijenata. Većina ispitanika pripada u skupinu radno aktivne populacije. Učestalo ponavljanje križobolje potvrdilo je 90 % ispitanika. Skoro polovina ispitanika (46,7 %) nije educirana o križbolji. Da se o uzrocima i načinu liječenja križobolje treba više govoriti u sklopu preventivnih programa kako bi se spriječilo nastajanje križobolje smatra 97 % ispitanika. Edukacija ima značajnu ulogu, kako u prevenciji, tako i u liječenju. Edukacija se provodi s ciljem internalizacije i osnaživanja pacijenata. Edukacija pacijenata s križoboljom treba biti sastavni dio menadžmenta križobolje kako bi se spriječili recidivi te nastajanje kroniciteta.

UDC 615.8-056.24:37

KEY WORDS: physiotherapist, lower back pain, education

ABSTRACT - Lower back pain is one of the most frequent diseases of today, and thus the most frequent condition in physiotherapy. Due to frequent sick leave, reduced productivity and reduced quality of life, lower back pain represents a global socioeconomic problem. 30 participants with lower back pain participated in the study. The survey was anonymous; it was conducted online by a questionnaire survey. Questions in the questionnaire were related to the lower back pain frequency and patient education concerning their condition. Most participants belonged to a group of active working population. 90% of participants confirmed the frequent recurrence of the pain. Almost half of the participants (46.7%) were not educated about the pain. 97% of participants consider that the causes of lower back pain and the way of treating acute pain should be more discussed within preventive programs, aiming to prevent lower back pain. Education plays a significant role in both prevention and treatment. Education is being carried out with the aim of internalising and empowering patients. Education of patients with lower back pain should be an integral part of the pain management in order to prevent lower back pain recurrence.

1 Uvod

Križobolja je jedna od najzastupljenijih bolesti današnjice (Koes idr., 2001; Ladeira, 2011). Oko 70 – 80 % ljudi ima problema s križoboljom (Kamper idr., 2015), a neki autori čak govore o epidemiji križobolje u svijetu (Ladeira, 2011; Kamper idr., 2015). Od 60 % do 90 % pacijenata ima akutne epizode (Ladeira, 2011 prema Philadelphia Panel, 2001; Van Tulder idr., 2006), a recidivi su česti (Burton idr., 1999; Ladeira, 2011; McKenzie, 2010; Kamper idr., 2015). U fizioterapiji je križobolja najčešće zastupljeno stanje (Ladeira, 2011). Može biti nespecifična, povezana s radikulopatijom ili potencijalno povezana sa suspektnom ili potvrđenom ozbiljnom patologijom (Grazio, 2012). Najvažniji simptomi nespecifične križobolje su bol i nesposobnost (invalidnost) (Koes, Van Tulder i Thomas, 2006). Globalni je socioekonomski problem zbog učestalog izostanka s posla, smanjenje produktivnosti i smanjene kvalitete

života (Andrade, Araújo i Vilar, 2007; Garcia idr., 2011; Morone idr., 2011; Sahin idr., 2011; Ladeira, 2011; Kamper idr., 2015; Swinkels-Meewisse idr., 2006) s mogućnošću progresije u kronično stanje uslijed neadekvatnog liječenja (Henschke, Mather i Refshauge, 2008; Ladeira, 2011). Pojedini autori izvještavaju da je oporavak spor i nepotpun (Henschke idr., 2008; Schiøttz-Christensen idr., 1999). U istraživanju koje su proveli Henschke idr., (2008) trećina od 973 ispitanika koji su imali križobolju se nisu oporavili unutar godinu dana. Sindrom kronične boli razvije 2 % do 30 % osoba s križoboljom (Rubinstein idr., 2012; Ladeira, 2011; Van Tulder idr., 2006). Suprotno ovim podacima, studija provedena u Francuskoj govori kako je oporavak brz i potpun (Coste idr., 1994).

Radi izuzetno visokih troškova liječenja važno je u fizioterapiji primjenjivati najučinkovitiju terapiju, odnosno terapiju utemeljenu na dokazima (evidence based practice in physiotherapy) (Ladeira, 2011). Menadžment križbolje treba podrazumijevati i adekvatnu edukaciju osoba s križoboljom. Informacije i savjeti koji zdravstveni stručnjaci daju pacijentima mogu biti moćan element intervencije zdravstvene zaštite (Burton idr., 1999).

2 Metode istraživanja

U istraživanju je sudjelovao 30 ispitanika s križoboljom. Anketiranje je bilo anonimno i provedeno je online pomoću anketnog upitnika koji je sadržavao 11 pitanja podijeljena u dva dijela. Prvi dio anketnog upitnika sadrži 5 pitanja koja se odnose na socio-demografske podatke ispitanika (dob, spol, stupanj obrazovanja, duljina radnog staža i posla koji ispitanici obavljaju). Drugi dio anketnog upitnika sadrži 6 pitanja koja se odnose na učestalost križbolje, educiranost pacijenta te područja edukacije koje su dobili vezano za križobolju. Rezultati su obrađeni unutar deskriptivne statistike.

3 Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 30 ispitanika, 23 osobe ženskog spola (76,7 %) i 7 osoba muškog spola (23,3 %). Najviše ispitanika, njih 22 (73,4 %) je bilo srednje životne dobi (između 40 i 61 godine), 6 ispitanika (20 %) je starije od 61 godinu, dok je svega 2 (6,6 %) ispitanika bilo u dobi do 39 godina. Dakle, većina ispitanika pripada radno - aktivnoj populaciji.

Najviše ispitanika, njih 20 (66,7 %), ima srednjoškolsko obrazovanje, 7 ispitanika ima višu ili visoku školsku spremu, dok 3 ispitanika (10 %) imaju završenu osnovnu školu. Najviše pacijenata, njih 11 (36,7 %) radi posao koji zahtijeva uglavnom sjedeći položaj, 10 ispitanika (33,3 %) radi posao koji zahtijeva kombinirane položaje, 5 ispitanika (16,7 %) je nezaposleno, a 4 ispitanika (13,3 %) rade fizički posao. Većina ispitanika, njih 11 (36,7 %) ima duljinu radnog staža između 16 i 25 godina, 8 ispitanika

(26,7 %) ima radni staž između 26 i 35 godina (26,7 %). Svega 2 ispitanika (6,6 %) imaju manje od 10 godina staža.

Skoro svi ispitanici, njih 29 (96,7 %) smatraju da se o uzrocima i načinu liječenja križobolje treba više govoriti u sklopu preventivnih programa kako bi se spriječilo nastajanje križobolje. Kada je riječ o recidivima 25 ispitanika (83,3 %) je odgovorilo kako su križobolju imali nebrojeno puta, 2 ispitanika (6,7 %) su imali križobolju 2 puta, dok tri ispitanika (10,1 %) nije dalo nikakav odgovor.

Od ukupno 16 (53,3 %) ispitanika koji su educirani o križobolji njih 11 (68,75 %) educirano je od strane fizioterapeuta, dok 4 (25 %) ispitanika educirao je fizijatar, 3 ispitanika (18,75 %) educirano je od strane ortopeda, 5 ispitanika (31,25 %) educirano je iz drugih izvora, 2 ispitanika (12,5 %) educirano je od liječnika primarne zdravstvene zaštite, te je 2 ispitanika (12,5 %) educirano neurokirurg. Nitko od ispitanika koji su sudjelovali u ovom istraživanju nije educirano od strane neurologa ili medicinske sestre.

Nitko od ispitanika nije educiran o svima stavkama koje su važne u edukaciji križobolje. Od 16 educiranih ispitanika njih 12 (75 %) educirano je o uzrocima nastanka križobolje, 9 ispitanika (56,25 %) o važnosti pravilnog držanja i pravilnoj posturi, 7 ispitanika (43,75 %) o utjecaju tjelesne aktivnosti na pojavnost križobolje, također 7 ispitanika (43,75 %) o utjecaju vježbanja na pojavnost križobolje, 6 ispitanika (37,5 %) o vrstama boli (akutna i kronična bol), također 6 ispitanika (37,5 %) o utjecaju tjelesne težine na pojavnost križobolje, 5 ispitanika (31,25 %) o preventivnim programima koji sprječavaju nastanak križobolje, samo 4 ispitanika (25 %) o važnosti i načinu primjenjivanja zaštitnih položaja, 3 ispitanika (18,75 %) o anatomiji lumbalne regije, 3 ispitanika (18,75 %) o vrstama boli (mehanička i kemijska bol), 3 ispitanika (18,75 %) o utjecaj emocija na križobolju, 2 ispitanika (12,5 %) o utjecaju križobolje na psihički status osobe, te je također 2 ispitanika (12,5 %) educirano o utjecaju križobolje na socioekonomski status pojedinca. Nitko nije naveo da je dodatno educiran o nekom drugom području, za kojeg smatra da je važan za liječenje križobolje (npr. oblici samopomoći, primjena TENS-a u kućnim uvjetima, itd.). Od ukupno 30 ispitanika, samo njih 4 (13,33 %) smatra da edukacija mora sadržavati sve navedene komponente edukacije.

4 Rasprava

Križobolja je najčešći mišićno-koštani problem u Australiji (Ladeira, 2011; Harrison idr., 2017). U Italiji je križobolja treći (Negrini idr., 2006), a u Sjedinjenim Američkim Državama peti najčešći razlog posjeta liječniku (Chou idr., 2007) i najčešći mišićno-koštani poremećaj s kojima se susreću fizioterapeuti (Ladeira, 2011). Oko 60 – 75 % ljudi koji su jednom imali križobolju imaju recidiv, ili križobolja prelazi u kronično stanje što je ipak manje od rezultata dobivenih u ovom istraživanju gdje čak 90 % ispitanika navodi recidiv (McKenzie, 2010). Najčešća je u radno-aktivnoj populaciji (Vlak, 2011), što se podudara s rezultatima ovog istraživanja. Slijedećih sedam fak-

tora povezuje se s lošijom prognozom: starija životna dob, bol u leđima povezana s kompenzacijama, viši intenzitet boli, duže trajanje bolova u križima prije konzultacija, više dana smanjene aktivnosti zbog križobolje prije konzultacija, depresivnost i percipiranje rizika od upornosti križobolje (Henschke idr., 2008).

Glavni razlozi iz kojih pacijenti konzultiraju liječnika su traženje informacije i sigurnosti (Burton idr., 1999), a gore navedene faktore bi kliničari trebali uzeti u obzir tijekom informiranja pacijenata s akutnom križoboljom o prognozi križobolje (Henschke idr., 2008). Najčešća preporuka šesnaest smjernice za liječenje križobolje objavljenih nakon 2002. godine bila je edukacija pacijenta (i tu je prisutan konsenzus), potom manipulacije, a zatim vježbanje (Ladeira, 2011). Ostale preporuke se razlikuju s obzirom na to je li riječ o akutnom, suakutnom ili kroničnom stanju, te je li riječ o radikulopatiji (Ladeira, 2011). Edukacija pacijenata odnosi se na skup aktivnosti čiji je cilj poboljšanje i/ili prilagodba ponašanja pacijenta u odnosu na bolesti i time dugoročno poboljšanje zdravlja (Furtado idr., 2009).

Većina smjernica preporučuje dostupnost tiskanih edukativnih materijala, iako se ta preporuka temelji na ograničenim dokazima (Burton idr., 1999). Europske smjernice za upravljanje akutnim nespecifičnim križoboljama u primarnoj zdravstvenoj skrbi navode da edukacijske knjižice smanjuju broj posjeta liječniku opće prakse radi bolova u leđima (Van Tulder idr., 2006). Pažljivo odabrane i predstavljene informacije i savjeti o boli u leđima, sukladno s trenutnim smjernicama za upravljanje križoboljom, mogu imati pozitivan učinak na pacijentova vjerovanja i klinički ishod (Burton idr., 1999).

Švicarske i njemačke smjernice preporučuju pohađanje škole za sekundarnu prevenciju kroniciteta i recidiva u bolesnika s akutnom križoboljom, dok danske smjernice preporučuju »modernu« školu o leđima gdje se bolesnika s križoboljom usmjerava na ignoriranje boli koliko god je to moguće ako postoji jasna potreba za rehabilitacijom ili kada se razmatra prevencija na radnom mjestu (Van Tulder idr., 2006). Smjernice Novog Zelanda navode da postoji dovoljno dokaza o pozitivnim učincima tzv. škole o leđima (Back school) (Van Tulder idr., 2006). U sklopu javnog zdravstva u Brazilu Primary Care Policy menadžment (Politika primarne skrbi) nalaže proširivanje aktivnosti i poboljšanje kvalitete života kroz mrežu primarne zdravstvene zaštite u što se ubraja i škola o leđima (Bartz idr., 2016). Škola o leđima je program zdravstvenog odgoja koji ima za cilj prevenirati odnosno smanjiti učestalost ozljeda, poboljšati funkcionalnost i kvalitetu života osoba s kroničnim mišićno-koštanim bolovima, prvenstveno bolovima vezanih za kralježnici, kroz pravilnu provedbu aktivnosti svakodnevnog života (ADL), te tako smanjiti zahtjeve na sekundarnoj i tercijalnoj razini (Bartz idr., 2016). Protokol se sastoji od obrazovnog programa i vještine usvajanja znanja iz ponudjenog programa (internalizacija), uključujući i vježbe, te se provodi pod nadzorom liječnika specijaliste ili fizioterapeuta (Heymans idr., 2005; Brox idr., 2008). Temeljni cilj je spriječiti i liječiti kroničnu bol, prvenstveno u leđima (Bartz idr., 2016). Ova vrsta edukacije je postala rašireni program za križbolju od njezinog uvođenja 1969. godine. Sudionici u ovom obrazovnom programu mogu naučiti upravljati različitim dnevnim zadacima, bez bolova, što može smanjiti ozbiljnost i ponavljanje novih epi-

zoda, te tako poboljšati kvalitetu života (Morone idr., 2011). Intenzitet i sadržaj škole o leđima mogu se razlikovati (Heymans idr., 2006). Ciljana populacija su osobe koje nikada nisu imale križobolju u smislu primarne intervencije, te škola o leđima kao sredstvo sekundarne prevencije za pacijente koji imaju kroničnu križobolju ili recidive nespecifične križobolje, te pacijenti nakon postoperativnih stanja (Physiopedia, b. d).

S obzirom da je križbolja najrasprostranjeniji problem u brazilskoj populaciji, oni su uveli edukaciju za pacijente s bolovima u leđima (Back school) koja je sadržavala po 2 sata teorijske i praktične nastave tijekom pet tjedana što je rezultiralo smanjenjem intenziteta boli, poboljšanjem funkcionalnosti i oporavak aktivnosti dnevnog življenja (Bartz idr., 2016). Prije intervencije i nakon edukacije uzeta je anamneza (bol, simptomi, te drugi relevantni podatci), odgovarajućim upitnikom procijenjene su aktivnosti dnevnog života (ADL), pacijentove kretnje te funkcionalnost (Bartz idr., 2016). Tijekom prvog sata predstavljeni su uglavnom teorijski aspekti koji se odnose na posturu i posturalnu skrb, pravilno sjedenje, pravilno podizanje tereta s poda i sl., ali i iskusvene teme koje rješavaju specifične aspekte koji se odnose na navedeno, te odgovarajući načini obavljanja najčešćih aktivnosti svakodnevnog života. Podizanje tereta uz neispravno držanje leđa dovodi do povećanih sila smicanja na kralježnicu i ligamente, te je stres na navedene segmente 50 % do 75 % veći nego kod pravilnog držanja s flektiranim koljenima i kukovima (Straker, 2003). Nepravilno držanje s flektiranim trupom te dugo i kontinuirano sjedenje rezultiraju bolovima u leđima, umorom, čak i degenerativnim procesima, kao što su discus hernije (Womersley i May, 2006; Noh i Oh i Yoo, 2015). Tijekom ostalih sati provedene su vježbe svijest o tijelu, uključujući vježbe istezanja, jačanja mišića i opuštanja, kao i masaža odnosno samomasaža. Ovaj program je učinkovita strategija zdravstvenog odgoja za ublažavanje boli, poboljšane performanse aktivnosti svakodnevnog života i funkcionalnosti osoba s kroničnim mišićno-koštane bolovima, ali je bio neučinkovit u dijelu koji se odnosio na pravilni sjedeći položaj, te su za ovu varijablu potrebne nove strategije (Bartz idr., 2016).

Cilj edukacije pacijenta u akutnoj fazi križobolje je zadržati pacijenta aktivnim i informirati pacijenta koja nespecifična križobolja ima benigni tijek kako bi se spriječilo razvoj kronične križobolje (Ladeira, 2011). U subakutnoj fazi cilj je isti, ali uz edukaciju pacijent bi trebao pohađati školu o križbolji, imati bihevioralno savjetovanje (savjetovanje vezano za ponašanje), te bi takovi pacijenti trebali imati multidisciplinarnu rehabilitaciju (Ladeira, 2011). Edukacija pacijenata s kroničnom križoboljom treba sadržavati sve stavke kao i edukacija osoba koje su u subakutnoj fazi križobolje, s dodatkom edukacije o vježbanju (Ladeira, 2011). Edukacija osoba koje imaju križobolju uzrokovanu radikulopatijom treba biti slična edukaciji osoba s nespecifičnom križoboljom, a glavna razlika je u tome što pacijenta treba upozoriti da simptomi križobolje mogu potrajati i do šest tjedana (Ladeira, 2011). Svrha edukacije osoba koje imaju subakutnu ili kroničnu fazu križobolje je zadržati pacijenta aktivnim i funkcionalnim (Ladeira, 2011). Ovdje je također vrlo važno riješiti sve psihološke, socioekonomske, bihevioralne i neke druge razloge koji bi mogli spriječiti pacijentov potpuni funkcionalni oporavak (Ladeira, 2011). Psihosocijalni i psihološki čimbenici igraju važnu ulogu u održavanju i razvoju kroničnih invalidnosti radi križobolje (George,

Fritz i Childs, 2008; Grazio, 2012). Depresija, anksioznost i stres mogu utjecati na pojavu križobolje, dok kronična bol negativno utječe na raspoloženje, odnosno povećava napetost i depresiju što opet utječe na onesposobljenost (Grazio, 2012 prema Wang idr., 2010). Vuković idr. (2012) smatraju da je u različitim fazama liječenja križobolje, kako pacijentu tako i zdravstvenom osoblju, potrebna pravovremena psihološka intervencija kojoj je cilj naučiti pojedinca upravljati vlastitim stanjem i nositi se sa svojim poteškoćama.

U edukaciji je važan i socioekonomski status koji podrazumijeva saznanje podiže li pacijent teški teret (teški fizički radnici), ima li produženo radno vrijeme, ima li nedostatak radne podrške, ali tu spadaju i neodgovarajući ili ograničeni stavovi i uvjerenja o poboljšanju ili uspostavi radne sposobnosti te određeni oblici ponašanja (npr. strah-izbjegavanje i kineziofobija) (Ladeira, 2011). Razlikuju se dvije vrste odgovora na strah, a to su »suočavanje« (dovodi do smanjenja razine straha tijekom vremena) i »izbjegavanje« straha (Vlaeyen i Linton, 2002). Model strah – izbjegavanje se odnosi na izbjegavanje kretanja ili aktivnosti temeljenih na strahu i igra glavnu ulogu u nastajanju dekonicijskog sindroma, te se smatra središnjim mehanizmom u razvoju dugoročnih problema s bolovima u leđima jer dovodi do održavanja stanja (Vlaeyen i Linton, 2002). S obzirom na to nužno je razviti screening i mjere procjene, a tretman kao i preventivni zahvati trebaju biti dizajnirani tako da su sukladni s konceptom izbjegavanja straha (Vlaeyen i Linton, 2002). Pojedini autori izbjegavanje pokreta zbog straha nazivaju fenomen iracionalnog straha ili fobije, te smatraju da ovo stanje kao izvor opasnosti često nije prepoznato od strane kliničara (Vlaeyen i Linton, 2002 prema Kori idr., 1990). Veliki broj eksperimentalnih i kliničkih istraživanja pokazuju da strah i anksioznost utječu na doživljaj boli te razvoj nesposobnosti (invalidnosti) radi kroničnih bolova (Vlaeyen i Linton, 2002). Ekonomski gledajući, kronična bol je postala skupi javnozdravstveni problem s negativnim utjecaj na kvalitetu života (Bartz idr., 2016; Kamper idr., 2015).

U bihevioralne razloge spadaju neprimjereno ili ograničeno uvjerenje o poboljšanju ili radnoj sposobnosti, nesklonost za poboljšanje fizičkog stanja, produženo mirovanje, očekivanje da pasivno liječenje (fizički čimbenici, produženo vrijeme ležanja) pospješuju liječenje bolje od aktivnog sudjelovanja (vježbe, hodanje, rad), visoka ocjena na skali strah-izbjegavanje, te visoka ocjena na skali kinesiofobije (Ladeira, 2011; Grazio, 2012). Upravo je glavni izazov rano otkrivanje bolesnika kod kojih postoji rizik za razvoj kroniciteta (na temelju npr. psihosocijalnih čimbenika rizika) te sprječavanje njegovog razvoj (Koes, Van Tulder i Thomas, 2006). Kronična nespecifična bol u donjem dijelu leđa je socioekonomski problem koji je povezan s invaliditetom te emocionalnim patnjama osobe (Garcia idr., 2011). Značajnu ulogu vezano za iskustvo boli i odgovor na liječenje križobolje ima pacijentovo uvjerenje o njegovom stanju, pogotovo ukoliko pacijent misli kako su njegovo tkivo ili dob ranjiva područja (Grazio, 2012; Louw idr., 2017). Edukacijom se ova uvjerenja mogu promijeniti (Louw idr., 2017). Postoje mjere koje svaki pojedinac može poduzeti kako bi se vratio u dobrom formu, smanjio rizik od ozljede i izbjegao otežavajuće okolnosti koje mogu pogoršati već postojeće stanje (McKenzie, 2010). U ovom istraživanju je utvrđeno da

nitko od ispitanika nije educiran o tretmanima samopomoći. Pacijentima je potrebno preporučiti da ostanu aktivni i nastave redovno s normalnim aktivnosti što je više moguće (Burton idr., 1999), s obzirom da je mirovanje kontraproduktivno te utječe na povećanje broja simptoma (Kraemer, 1990).

Brojne studije preporučuju vježbanje tijekom križobolje, ali nema konsensusa o tome koje vježbe točno treba provoditi u kojoj fazi (Ladeira, 2011). Fizioterapeut odlučuje o primjeni odgovarajuće vrste vježbi ovisno o ishodu fizioterapijske procjene i evaluaciji, odnosno o funkcionalnom statusu pacijenta. Kod propisivanja terapijskih vježbi fizioterapeut mora voditi računa o više čimbenika kao što su trajanje neaktivnosti pacijenta, intenzitet i trajanju provođenja vježbi (Hayden, Van Tulder i Tomlinson, 2005). Nepravilno izvođenje vježbi izaziva kontraefekt ili pogoršanje (Hayden, Van Tulder i Tomlinson, 2005).

Istraživanja pokazuju da multidisciplinarni tretman križobolje dovodi do bržeg povratka na posao i manje bolovanja (Van Tulder idr., 2006). Moseley (2002) je proveo istraživanje kojim dokazuje, te podupire model liječenja kronične križobolje gdje se uz edukaciju provode vježbe i manualna terapija. Dobar primjer je McKenzie koncept (metoda za dijagnostiku i terapiju mehanički uzrokovanih funkcionalnih smetnji kralježnice), gdje se koriste određene vježbe za liječenje križobolje uz teorijske podatke namijenjene educiranju pacijenta kako bi razumjeli uvjete u kojima se nalaze, te naučili promijeniti svoje ponašanje s obzirom na križbolju (Garcia idr., 2011; Garcia idr., 2013). Primjena McKenzie koncepta i škole o leđima učinkovite su opcije aktivne terapije za liječenje kronične križobolje gdje u kratkom vremenskom roku dolazi do smanjenja intenziteta bolova i invalidnost (Garcia idr., 2011; Garcia idr., 2013). Rezultati ovog istraživanja pokazuju da pacijenti koji imaju križbolju nisu svjesni koliko je križbolja kompleksni problem, jer je svega 13,33 % ispitanika smatra da edukacija mora sadržavati sve komponente navedene u upitniku.

Pojedini autori smatraju da djeca već u osnovnoj školi trebaju biti educirana kako prevenirati bolove u leđima kroz učenje o pravilnom držanju, sjedenju, nošenju torbe, i sl. (Ritter, 2009). Dobre posturalne navike su važne za pravilno funkcioniranje mišićno-koštanog sustava (Bartz, 2016). Suprotno tome, loša postura može biti faktor rizika za nastajanje nespecifične kronične boli u leđima (Furtado idr., 2009). U istraživanju koje je proveo Ritter (2009) kod 8,5 % djece je školska torba bila teža od 10 % njihove tjelesne težine. To može imati negativni utjecaj na posturu te izazvati bol u leđima (Šimetin, 2012). Zastupljenost boli u leđima u dječjoj i adolescentnoj dobi povezuje se s pojavom boli u leđima u odrasloj dobi (Šimetin, 2012). Radi potpunog uspjeha (npr. nabavljanje adekvatnog namještaja, smanjivanje težine školske torbe, i sl.) u ovakav političko – pedagoški projekt mora biti uključenu lokalna i školska zajednica (Ritter, 2006).

Križbolju nije uvijek moguće spriječiti obzirom da starenje i degenerativne promjene također mogu uzrokovati križbolju.

5 Zaključak

Problem križobolje je veliki medicinski i socioekonomski problem. Edukacija pacijenata s križoboljom treba biti sastavni dio menadžmenta križobolje kako bi se spriječili recidivi te nastajanje kroniciteta. Svaki pojedinac mora shvatiti kako je najvećim dijelom sam svoj liječnik, odnosno kako je suodgovoran za bolove u leđima i razvoj križobolje.

LITERATURA

1. Andrade, S. C., Araújo, A. G. in Vilar, M. J. (2007). Back school for patients with non-specific chronic low-back pain: benefits from the association of an exercise program with patient's education. *Acta reumatologica portuguesa*, 33 (4), 443–450.
2. Bartz, P. T., Vieira, A., Noll, M. in Candotti, C. T. (2016). Effectiveness of the back school program for the performance of activities of daily living in users of a basic health unit in Porto Alegre, Brazil. *Journal of Physical Therapy Science*, 28 (9), 2581–2586.
3. Brox, J. I., Storheim, K., Grotle, M., Tveito, T. H., Indahl, A. in Eriksen, H. R. (2008). Systematic review of back schools, brief education, and fear-avoidance training for chronic low back pain. *The Spine Journal*, 8 (6), 948–958.
4. Burton, A. K., Waddell, G., Tilloston, K. M. in Summerton, N. (1999). Information and advice to patients with back pain can have a positive effect: a randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine*, 24 (23), 2484.
5. Chou, R., Qaseem, A., Snow, V., Casey, D., Cross, J. T., Shekelle, P. in Owens, D. K. (2007). Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Annals of internal medicine*, 147 (7), 478–491.
6. Coste, J., Delecoeuillerie, G., De Lara, A. C., LeParc, J. M., in Paolaggi, J. B. (1994). Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: an inception cohort study in primary care practice. *Bmj*, 308 (6928), 577–580.
7. Furtado, R., Jones, A., Furtado, R. N., Jennings, F., in Natour, J. (2009). Validation of the Brazilian-Portuguese version of the Gesture Behavior Test for patients with non-specific chronic low back pain. *Clinics*, 64 (2), 83–90.
8. Garcia, A. N., Costa, L. D. C. M., da Silva, T. M., Gondo, F. L. B., Cyrillo, F. N., Costa, R. A. in Costa, L. O. P. (2013). Effectiveness of back school versus McKenzie exercises in patients with chronic nonspecific low back pain: a randomized controlled trial. *Physical therapy*, 93 (6), 729.
9. Garcia, A. N., Gondo, F. L., Costa, R. A., Cyrillo, F. N. in Costa, L. O. (2011). Effects of two physical therapy interventions in patients with chronic non-specific low back pain: feasibility of a randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 15 (5), 420–427.
10. George, S. Z., Fritz, J. M. in Childs, J. D. (2008). Investigation of elevated fear-avoidance beliefs for patients with low back pain: a secondary analysis involving patients enrolled in physical therapy clinical trials. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy*, 38 (2), 50–58.
11. Grazio, S. (2012). Pristup bolesniku s križoboljom i načela liječenja. V S. Grazio in Kovač, D. (ur.). *Desetljeće kostiju i zglobova 2010.-2020.; svjetski dan kralježnice; smjernice za dijagnostiku, konzervativno i invazivno/operacijsko liječenje križobolje*. Fizikalna i rehabilitacijska medicina, 24 (1–2), 63–111.
12. Harrison, C., Henderson, J., Miller, G. in Britt, H. (2017). The prevalence of diagnosed chronic conditions and multimorbidity in Australia: A method for estimating population prevalence from general practice patient encounter data. *PLoS one*, 12 (3), e0172935.
13. Hayden, J. A., Van Tulder, M. W. in Tomlinson, G. (2005). Systematic review: strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. *Annals of internal medicine*, 142 (9), 776–785.

14. Henschke, N., Maher, C. G., Refshauge, K. M., Herbert, R. D., Cumming, R. G., Bleasel, J. in McAuley, J. H. (2008). Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *Bmj*, 337, a171.
15. Heymans, M. W., de Vet, H. C., Bongers, P. M., Knol, D. L., Koes, B. W. in van Mechelen, W. (2006). The effectiveness of high-intensity versus low-intensity back schools in an occupational setting: a pragmatic randomized controlled trial. *Spine*, 31 (10), 1075–1082.
16. Heymans, M. W., Van Tulder, M. W., Esmail, R., Bombardier, C. in Koes, B. W. (2005). Back schools for nonspecific low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine*, 30 (19), 2153–2163.
17. Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J. E. M., Ostelo, R. W. J. G., Guzman, J. in Van Tulder, M. W. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 350, h444.
18. Koes, B. W., Van Tulder, M. W. in Thomas, S. (2006). Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ: British Medical Journal*, 332 (7555), 1430.
19. Koes, B. W., van Tulder, M. W., Ostelo, R., Burton, A. K. in Waddell, G. (2001). Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. *Spine*, 26 (22), 2504–2513.
20. Kraemer, J. (1990). *Intervertebral disk diseases*. Stuttgart: Thieme.
21. Ladeira, C. E. (2011). Evidence based practice guidelines for management of low back pain: physical therapy implications. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 15 (3), 190–199.
22. Louw, A., Zimney, K., Johnson, E. A., Kraemer, C., Fesler, J. in Burcham, T. (2017). De-educate to re-educate: aging and low back pain. *Aging Clinical and Experimental Research*, 1–9.
23. McKenzie, R. A. (2010). *Treat your own back (Seventh Edition)*. Waikanae: Spinal Publications New Zealand Ltd
24. Morone, G., Paolucci, T., Alcuri, M. R., Vulpiani, M. C., Matano, A., Bureca, I. in Saraceni, V. M. (2011). Quality of life improved by multidisciplinary back school program in patients with chronic non-specific low back pain: a single blind randomized controlled trial. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 47 (4), 533–541.
25. Moseley, L. (2002). Combined physiotherapy and education is efficacious for chronic low back pain. *Australian Journal of Physiotherapy*, 48 (4), 297–302.
26. Negrini, S., Giovannoni, S., Minozzi, S., Barneschi, G., Bonaiuti, D., Bussotti, A. in Modena, V. (2006). Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines. *Europa medicophysica*, 42 (2), 151.
27. Noh, K. H., Oh, J. S. in Yoo, W. G. (2015). Comparison of lumbar repositioning error according to different lumbar angles in a flexion pattern (FP) subgroup of patients with non-specific chronic low back pain. *Journal of physical therapy science*, 27 (1), 293–294.
28. Physiopedia. Back School. Pridobljeno 23. 3. 2017, s http://www.physio-pedia.com/Back_School.
29. Ritter, A. L. D. S. (2009). Postura corporal ao sentar e transportar material escolar (Doktorska dizertacija). Universidade federal do Rio Grande do sul. Porto Alegre. Pridobljeno 25. 3. 2017, s <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/18525>.
30. Rubinstein, S. M., Terwee, C. B., Assendelft, W. J., de Boer, M. R. in van Tulder, M. W. (2012). Spinal manipulative therapy for acute low back pain. *The Cochrane Library*.
31. Sahin, N., Albayrak, I., Durmus, B. in Ugurlu, H. (2011). Effectiveness of back school for treatment of pain and functional disability in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Journal of rehabilitation medicine*, 43 (3), 224–229.
32. Schjøttz-Christensen, B., Nielsen, G. L., Hansen, V. K., Schødt, T., Sørensen, H. T. in Olesen, F. (1999). Long-term prognosis of acute low back pain in patients seen in general practice: a 1-year prospective follow-up study. *Family Practice*, 16 (3), 223–232.
33. Straker, L. (2003). Evidence to support using squat, semi-squat and stoop techniques to lift low-lying objects. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 31 (3), 149–160.

34. Swinkels-Meewisse, I. E., Roelofs, J., Oostendorp, R. A., Verbeek, A. L. in Vlaeyen, J. W. (2006). Acute low back pain: pain-related fear and pain catastrophizing influence physical performance and perceived disability. *Pain*, 120 (1), 36–43.
35. Šimetin, I. P. (2012). Školske torbe i zdravlje učenika. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 8 (31), 114–119.
36. Van Tulder, M., Becker, A., Bekkering, T., Breen, A., Gil del Real, M. T., Hutchinson, A. in Malmivaara, A. (2006). Chapter 3 European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *European spine journal*, 15, s169-s191.
37. Vlaeyen, J. W. in Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85 (3), 317–332.
38. Vlák, T. (2011). Uloga rehabilitacije u liječenju križobolje. *Reumatizam*, 58 (2), 120–123.
39. Vuković, D., Vlašić-Cicvarić, I. in Šverko, L. (2012). Psihološki pristup križobolji. *Medicina Fluminensis*, 48 (4), 454–462.
40. Womersley, L. in May, S. (2006). Sitting posture of subjects with postural backache. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 29 (3), 213–218.

Vključevanje ljudi z intelektualno oviro v skupnost s podporo delovnega terapevta

UDK 615.851.3-056.313

KLJUČNE BESEDE: intelektualne ovire, delo, podpora, delovno okolje

POVZETEK - Odrasli ljudje z intelektualno oviro so v Sloveniji doma ali pa so vključeni v socialno varstvene institucije, večina v varstveno-delovne centre. Sodobni pristopi k oviranosti prepoznajo škodljivost segregacije in poudarjajo prednosti vključevanja. Varstveno delovni centri temu sledijo tudi z vključevanjem svojih varovancev v integrirane oblike dela. Gre za delo v običajnem delovnem okolju z zagotovljeno podporo. V prispevku je opisan primer priprave delovnoterapevtskega načrta za vključitev ljudi z intelektualno oviro v običajno delovno okolje. Delovnoterapevtski načrt je bil zasnovan na konceptu podporne zaposlitve. Delovni terapevt je v tem primeru tudi delovni mentor. Od tradicionalnega modela usposabljanja in dela se razlikuje v tem, da je delovni terapevt ves čas prisoten v delovnem okolju, da daje podporo pri prilagoditvi, usposabljanju in izobraževanju. Delovni terapevt nudi ljudem z intelektualno oviro, ki opravljajo delo v običajnem delovnem okolju, dobro strukturirano podporo, ki zajema trening na delovnem mestu, trening socialnih veščin, pomoč pri prihodu na delo ter ostalo potrebno podporo, namenjeno ljudem z intelektualno oviro in njihovim delodajalcem.

UDK 615.851.3-056.313

KEY WORDS: intellectual disability, work, support, mainstream workplaces

ABSTRACT - Adult people with intellectual disability in Slovenia live at home or included in social care institutions, mostly in work and care centres (VDC). Modern approaches to disabilities recognise the harmfulness of segregation practices and emphasise the benefits of integration practices. Work and care centres follow this by integrating their users into working at mainstream work places. The article describes an example of the preparation of occupational therapist plan to include people with intellectual disabilities in mainstream working environments. The plan was based on the concept of supported employment. In this case, an occupational therapist is also a working mentor. The main difference between traditional training and work models is that the occupational therapist is present in the working environment to provide support for adaptation, training and education. An occupational therapist offers people with intellectual disabilities, working in mainstream work environments, a well-structured support, including: workplace training, social skills training, travel assistance and other necessary support for people with intellectual disabilities and an employer.

1 Ljudje z intelektualno oviro

Z neuspehom in težavami pri učenju se srečuje veliko ljudi, vendar pa so te težave pogosto prehodne in vplivajo le na določene vidike življenja in učenja. Za nekatere ljudi pa so te težave pogoste, stalne in se pojavljajo v večjem obsegu, kar vodi v to, da pridobijo »nalepko«, kot je motnja v duševnem razvoju ali duševna zaostalost. Ko se to zgodi, je verjetno, da bodo njihove sposobnosti podcenjevane in da bodo sprejete določene odločitve, ki bodo lahko imele za posledico omejen dostop do družbenih institucij in storitev, vključno z izobraževanjem v običajnih šolah, s sodelovanjem v plačani zaposlitvi in podobno (Mittler, 2003).

Danes obstaja različna terminologija za poimenovanje ljudi, ki imajo telesne ali duševne sposobnosti in značilnosti, ki niso v običajnem obsegu človeškega obstoja. Na tem področju je problem terminologije v Sloveniji izjemno aktualen, saj je terminologija tu v marsičem še nedodelana (Opara, 2002). V Sloveniji se uporabljajo izrazi, kot so: invalidi, hendikepirani, ljudje z ovirami (gibanja, intelektualnega funkcioniranja, senzorične ipd.), ljudje z motnjami (gibanja, senzorične, psihičnega funkcioniranja ipd) in ljudje s posebnimi potrebami. Prevladujoča poimenovanja, ki označujejo status ljudi, o katerih je govor v prispevku, so v Sloveniji naslednja: osebe z motnjo v duševnem razvoju, duševno prizadete osebe, duševno manj razvite osebe, duševno zaostale osebe, osebe s posebnimi potrebami, ljudje z intelektualno oviro in podobno.

Opara ugotavlja, da »z nazivi in s pojmi namreč neposredno posegamo ne le v razumevanje, temveč tudi v odnose« (Opara, 2002, str. 26). Poimenovanja na tem področju se ves čas spreminjajo in jih je potrebno razumeti skozi družbeni in kulturni kontekst, močno so zaznamovana z vprašanji moči. Podobno ugotavlja Darja Zaviršek, ki pravi da »prakse ponavljanja, ki se kažejo v jeziku, po eni strani ohranjajo stalne strukture, hkrati pa nikoli ne morejo uiti novim interpretacijam in konstrukcijam« (Zaviršek, 2000, str. 97). Škerjanc (2006, str.16) navaja težavi, ki sta prisotni pri uvajanju nove terminologije na tem področju: »Prva je ta, da se vsak nov izraz navezuje na nevredno socialno vlogo, kakršno ima v skupnosti posameznik kot prejemnik socialno-varstvenih storitev. Druga težava pa je v tem, da se nov izraz pojavi v nespremenjenem kontekstu«. Terminologija in definicije morajo odražati principe in vrednote spoštovanja človekovih pravic za zagotavljanje dostojanstva in samospoštovanja posameznice in posameznika z intelektualno oviro (Mittler, 2003).

Ne obstaja nobena splošno sprejeta definicija intelektualne ovire. Definicije in kriteriji, ki so se uporabljali za klasifikacijo intelektualne ovire, so se skozi čas spreminjali (McConnell, 2009). Obstajajo torej različni pogledi na to, kaj je intelektualna ovira, kaj jo določa.

V nadaljevanju so po Sonnander (2005) povzeti različni pogledi na to, kaj je intelektualna ovira. Skupno jim je to, da je intelektualna ovira označena kot odklon v intelektualnem razvoju, ki je opazovan od zgodnjega otroštva. Iz epidemiološkega vidika je intelektualna ovira stanje upočasnjenega intelektualnega razvoja, opaženega v otroštvu, je odraz biološkega defekta, jedro obravnave je posameznikova sposobnost oziroma odsotnost sposobnosti. Iz relativističnega vidika je intelektualna ovira definirana na psihološki, socialni in administrativni ravni. Na psihološki ravni je definirana preko psihometričnih kriterijev (IQ testi), na socialni ravni je definirana preko ocene, kako posameznik odgovarja na zahteve okolja in kakšna je posameznikova socialna sposobnost, na administrativni ravni pa je pomembna posameznikova potreba po pomoči, kako se skupnost odziva in kakšne storitve mu nudi. Iz konstruktivističnega vidika ima intelektualna ovira svojo osnovo bolj v socialnih konstrukcijah kot pa v objektivnih bioloških fenomenih (Sonnander, 2005).

2 Varstveno delovni centri

Odrasli ljudje z intelektualno oviro so v Sloveniji doma ali pa so vključeni v socialno varstvene institucije, večina v varstveno delovne centre.

Varstveno delovni centri (v nadaljevanju VDC - ji) opravljajo socialno varstvene storitve. Zakon o socialnem varstvu v 17. členu določa: »Vodenje, varstvo po tem zakonu zajema organizirano celovito skrb za odraslo telesno in duševno prizadeto osebo, razvijanje individualnosti in harmoničnega vključevanja v skupnost in okolje. Zaposlitev pod posebnimi pogoji po tem zakonu obsega take oblike dela, ki omogočajo prizadetim ohranjanje pridobljenih znanj ter razvoj novih sposobnosti« (Zakon o socialnem varstvu, UL RS). Podrobneje določa dejavnost VDC-jev Pravilnik o standardih in normativih socialno varstvenih storitev v 8. členu: »Vodenje, varstvo in zaposlitev pod posebnimi pogoji so postopki in opravila, namenjeni ohranjanju pridobljenih znanj in delovnih spretnosti, razvoju novih sposobnosti, pridobivanju socialnih in delovnih navad, razvijanju individualnosti ter vključevanju v skupnost in okolje. Storitve lahko obsega tudi posebne oblike priprav na zaposlitev, ki se izvajajo po predpisih s področja zaposlovanja« (Pravilnik o standardih in normativih socialno varstvenih storitev, UL RS).

Večina slovenskih VDC-jev deli svojo dejavnost na naslednje programe:

- vodenje, katero zajema oblikovanje, izvajanje in spremljanje individualnih programov obravnave, programi za vseživljensko učenje,
- varstvo, katero zajema skrb in pomoč pri vzdrževanju osebne higiene, pomoč pri opravljanju večine osnovnih življenjskih opravil, pomoč pri komunikaciji, organizacija prevozov in spremstva uporabnikov,
- zaposlitev pod posebnimi pogoji, ki zajema kooperantska dela, storitveni program in lastni program,
- dodatni programi, ki so večinoma namenjeni dvigu kakovosti življenja uporabnikov, različne športno – rekreativne, kulturne in družbene dejavnosti, v katere se vključujejo uporabniki po lastnih željah in sposobnostih.

3 Vključevanje ljudi z intelektualno oviro v skupnost

Sodobni pristopi k oviranosti (invalidnosti) prepoznavajo škodljivost segregacijskih praks in poudarjajo prednosti vključevanja (na skupnosti osnovana rehabilitacija). Gre za razvoj strategij znotraj skupnosti, s poudarkom na izenačevanju priložnosti in socialne integracije ljudi z ovirami (Lemorie in Paul, 2001). Za ljudi z intelektualno oviro je to še posebej pomembno. Gre za spremembo razmišljanja o tem, kakšne službe in storitve so zagotovljene za ljudi z ovirami. Sodobna vizija izhaja iz konceptov normalizacije in vključevanja (Nirje, 1969).

3.1 Delo ljudi z intelektualno oviro

V moderni družbi se ljudje definirajo in obratno, so družbeno definirani po vrsti dela, katerega opravljajo v javni sferi. »Delo, katero je družbeno definirano in običajno plačano v denarni obliki oziroma mesečnemu dohodku, je primaren dejavnik socializacije, socialne kohezije in formacije osebne identitete v modernih družbah« (Casey, 1995, str. 28). Za ljudi v starostni skupini za katero je običajna zaposlitev, zaposlitev ni le zgolj glavna determinanta življenjskega standarda, ampak je tudi vir osebne identitete, socialnih kontaktov, samospoštovanja in strukture časa (Jahoda, 1982 v Barnes, 2000).

Področje zaposlovanja ljudi z intelektualno oviro je v Sloveniji problematično, ker obstajata le dve možnosti za vključevanje v delo in zaposlitev. Gre za redne oblike zaposlovanja, kamor se lahko vključujejo ljudje z lažjimi primanjkljaji in vključevanje v socialno varstvene storitve, gre za vključevanje v delo in varstvo v varstveno delovnih centrih.

Varstveno delovni centri izvajajo in uvajajo različne aktivnosti, dejavnosti s katerimi vzpodbujajo vključevanje svojih uporabnikov v skupnost in družbo nasploh. Eden od načinov je tudi vključevanje uporabnikov v delo v običajnih delovnih okoljih in ne le v prostorih varstveno delovnih centrov. Pri tem je pomemben koncept podporne zaposlitve.

3.2 Koncept podporne zaposlitve

Podporna zaposlitev se je razvila v ZDA in Kanadi v sedemdesetih in osemdesetih letih prejšnjega stoletja. Prvotni namen te oblike zaposlovanja je bil prav pomoč ljudem z intelektualno oviro, da se zaposlijo v običajnih delovnih okoljih, kasneje pa je prerasla v koncept zaposlovanja za vse skupine ljudi z ovirami, ki imajo težave pri tem, da najdejo in obdržijo službo. Podporna zaposlitev je danes v svetu gonilna sila, ki omogoča ljudem z intelektualno oviro, da vstopijo v zaposlitev (Wilson, 2003).

Koncept podporne zaposlitve v svoji izvorni obliki predstavlja novo paradigmo, kjer je storitev organizirana kot individualna podpora, katere cilj je prisotnost ljudi z ovirami v skupnosti in njihova finančna neodvisnost. Programi se oddaljujejo od tradicionalnih, segregiranih programov, proti storitvam, katere so organizirane okrog posameznikovih potreb, ki v resnici pomagajo ljudem, da postanejo aktivni člani svojih skupnosti (Wilson, 2003). Proti koncu sedemdesetih let je bilo v svetu prepoznano, da tradicionalne »nauči in namesti« (prevod avtorice, v izvirniku: »train and place«) metode poklicne rehabilitacije ne prispevajo dovolj k integraciji ljudi z ovirami v običajno delovno okolje (EUSE, 2017). Postalo je očitno, da zgolj delovne spretnosti niso zadostne, da oseba z oviro pridobi in obdrži delo. Iz teh razlogov se je uveljavila ideja delovnega mentorja. Delovni mentor nudi osebi z oviro, ki opravlja običajno delo, dobro strukturirano podporo, ki zajema: trening na delovnem mestu, trening socialnih veščin, pomoč pri poti na delo ter vse ostale podpore namenjene delavcu in delodajalcu.

Glavna razlika tradicionalnim modelom usposabljanja je v tem, da je delovni mentor prisoten v delovnem okolju, da daje podporo pri prilagoditvi, usposabljanju in izobra-

ževanju. Na internetni strani EUSE je zapisano, da se je koncept podporne zaposlitve razvijal od metode »nauči in namesti« (v izvorniku »train and place«), preko metode »namesti in moli« (v izvorniku »place and pray«) do metode »namesti – nauči - vzdržuj« (v izvorniku »place – train - maintaine«). Ko je stabilnost vzpostavljena in so osvojene osnovne spretnosti se delovni mentor postopoma umika in dopušča, da se vzpostavijo naravne podpore preko sodelavk in sodelavcev.

Podporna zaposlitev temelji na naslednjih predpostavkah:

- običajno delovno okolje je najboljši kraj za učenje dela,
- koncept se ukvarja in opira tudi na socialne, odnosne, politične in praktične ovire, ki izloča skupine ljudi z ovirami iz trga dela,
- da bo to delo prava služba na integriranih delovnih mestih (Mittler, 2003).

Podporna zaposlitev je v skladu s koncepti opolnomočenja, socialnega vključevanja, dostojanstva in spoštovanja individualnosti, kar se kaže tudi v sledenju naslednjih vrednot in principov:

- individualnost, upoštevanje vsakega posameznika kot edinstvenega, z njemu lastnimi interesi, preferencami, kondicijo in življenjsko zgodovino,
- spoštovanje, aktivnosti so letom primerne, dostojanstvene in napredujoče,
- samoodločanje, promovira principe samozagovorništva za uporabnike storitve (definirajo svoje interese in preference, definirajo svojo življenjsko pot glede na osebne in kontekstovne pogoje),
- informirana izbira, pomoč pri razumevanju lastne situacije in priložnosti, da se lahko odloči v skladu s svojimi preferencami in z razumevanjem posledic svojih odločitev,
- opolnomočenje, pomoč pri odločanju o svojem življenjskem stilu in participaciji v skupnosti, uporabniki so polno vključeni v načrtovanje, evalvacijo in razvoj te storitve,
- zaupnost, vse informacije so zaupne narave,
- fleksibilnost, storitev je fleksibilna in odgovori na potrebe posameznice oziroma posameznika,
- dostopnost, storitve in informacije so polno dostopne vsem ljudem z ovirami (EUSE; 2017).

Glavni namen je vzdrževati zaposlitev, ki je skladna s spretnostmi, sposobnostmi in interesi ljudmi z ovirami, ki jo vidijo kot pomembno, kot vredno truda in kot priložnost za enakovredno socialno vključevanje v skupnost in širšo družbo.

Koncept podporne zaposlitve je lahko za ljudi z intelektualno oviro uporabljen kot aplikacija dveh različnih paradigem. Kot zagotavljanje državlanskega vključevanja in kot zagotavljanje socialne integracije. Zagovorniki državlanskega vključevanja poudarjajo pomembnost plačane zaposlitve kot poti do prihodka in družbeno vrednotenega statusa, osredotočajo se na razvijanje državljanskih, socialnih in civilnih spretnosti, medtem ko zagovorniki socialne integracije poudarjajo neformalne vloge in odnose, ki se lahko razvijajo kot prostovoljstvo, izobraževanje in pristočasne aktivnosti (Barnes, Mercer in Shakespeare, 1999). Ameriški avtorji opisujejo koncept kot gonilno

silo ekonomske neodvisnosti, iz skandinavske prakse pa je razvidno, da se bolj nagibajo k socialni integraciji.

4 Delovno – terapevtski načrt za vključevanje ljudi z intelektualno oviro v običajna delovna okolja

Varstveno delovni centri sledijo sodobnim spoznanjem o škodljivosti segregacijskih praks tudi z vključevanjem svojih uporabnikov v integrirane oblike dela. Gre za delo v običajnih delovnih okoljih z zagotovljeno podporo. V nadaljevanju je opisan primer priprave delovno - terapevtskega načrta za vključitev ljudi z intelektualno oviro v običajna delovna okolja. Delovno - terapevtski načrt je zasnovan na konceptu podporne zaposlitve. Delovni terapevt je v tem primeru tudi v vlogi delovnega mentorja. V teh procesih so delovni terapevti lahko načrtovalci in izvajalci podpore ljudem z intelektualno oviro.

Delovno - terapevtski načrt za vključitev ljudi z intelektualno oviro v običajna delovna okolja je zasnovan na filozofiji rehabilitacije v skupnosti, temelji na tako imenovanem socialnem modelu (Tideman, 2005; Pumpernik, 1997; Škerjanc, 1997), izhaja iz koncepta podporne zaposlitve (EUSE, 2017). Podpora, ki jo delovni terapevt izvaja mora biti individualno prilagojena na posameznega uporabnika in njegove potrebe ter kontinuirana. Delovno – terapevtski načrt je prilagojen oziroma upošteva potrebe uporabnika in potrebe delovnega mesta.

Poglavitna značilnost rehabilitacije v skupnosti je, da se izvaja v običajnih delovnih okoljih (ne v institucionalnih okoljih, ne v delavnicah pod posebnimi pogoji), in da upošteva metodo »namesti – nauči - vzdržuj« (EUSE, 2017). Gre za delo v običajnih delovnih okoljih, z zagotovljeno podporo na delovnem mestu, s potrebnimi prilagoditvami delovnega procesa ali delovnega mesta. Glavna razlika napram tradicionalnim modelom rehabilitacije na področju dela in usposabljanja je v tem, da je delovni terapevt prisoten v delovnem okolju, da daje podporo pri prilagoditvah, usposabljanju in izobraževanju.

Namen uporabe tega modela pri ljudeh z intelektualno oviro je lahko:

- vključevanje uporabnikov VDC-ja v običajna delovna okolja,
- senzibilizacija delodajalcev in delovnega kolektiva do ljudi z intelektualno oviro,
- sledenje socialnemu modelu z integrativno prakso,
- osamosvojitve uporabnikov,
- krepitev moči uporabnikov.

Delovno – terapevtska obravnava je sestavljena iz ocene potreb, izvajanja podpore in evalvacije izidov obravnave. Dobro strukturirana podpora zajema:

- pomoč pri pogovorih z delodajalcem,
- pomoč pri poti na delo,
- usposabljanje na delovnem mestu,
- trening socialnih veščin,
- vzpostavljanje naravnih podpor,

- prilagoditve delovnega mesta,
- prilagoditve delovnih procesov,
- organizacija časa, in drugo.

Pri načrtovanju podpore ljudem z intelektualno oviro je potrebno upoštevati:

- njihovo življenjsko situacijo,
- njihove pretekle izkušnje,
- »institucionalno kulturo« iz katere lahko človek izhaja,
- predsodke, ki lahko obstajajo v delovnem okolju.

Specifike, ki se lahko pojavijo pri uporabnikih VDC-ja, ko vstopajo v običajna delovna okolja so podobne tistim, ki so v literaturi opisane kot posledica vstopa v novo kulturo (Holfstede, 1980 v Choi, 2003). Potrebna je ocena primerljivosti med dvema kulturama, ki poteka skozi naslednje ocenjevalne dejavnike:

- vprašanja moči in avtoritete, do katere stopnje je neenakost oziroma hierarhija v nekem okolju videna kot danost, ki se jo sprejme,
- kakšna je potreba po formalnih pravilih, kako tolerantni so ljudje do nejasnosti in nedorečenosti, ali se ljudje takih situacij bojijo in se jim skušajo izogniti,
- kakšna je potreba po individualizmu v nekem okolju, ljudje, ki prihajajo iz okolja, kjer je večja individualna težnja se predstavljajo preko individualnih karakteristik lažje kot pa kot člani, pripadniki nečesa,
- kultura, ki je osnovana na moških vrednotah poudarja neodvisnost, agresivnost, dominantnost in fizično moč, kultura, ki je osnovana na bolj ženskih vrednotah, poudarja soodvisnot, sočutje, empatijo in čustveno odprtost (Holfstede, 1980 v Choi, 2003).

Pri uporabnikih VDC-ja je potrebno upoštevati, da gre za zapuščanje VDC-ja in vstop v običajna delovna okolja, kjer pa obstojijo razlike v številnih dejavnikih, kot so: spremljanje, nadzor, struktura časa, odnos do avtoritete, možnosti osebne izbire, potreba po pravilih, potreba po različnih izkušnjah, znanju, spretnostih za samoodločanje v nepredvidenih situacijah in številne druge.

V procesu izvajanja podpore pri vključevanju v običajna delovna okolja je delovni terapevt pozoren na to, da poteka tudi transformacija družbenih vlog, in sicer: iz uporabnika v delavca, iz identitete otroka v identiteto odraslega, uporabnik je bil lahko v VDC-ju med najbolj sposobnimi, v novem okolju je novinec in podobno.

Pri načrtovanju je potrebno identificirati različne vire podpor, ki so lahko naslednji:

- s strani vrstnikov,
- s strani zaposlenih,
- s strani družine, drugih pomembnih oseb,
- s strani mentorja,
- s strani drugih služb VDC-ja.

Pomembna je ocena potrebnih prilagoditev, ki so lahko naslednje:

- rekonstrukcija delovnega mesta,
- prisotnost delovnega mentorja,
- usposabljanje za delo na delovnem mestu,

- prilagoditve delovnega časa,
- rotacije med delovnimi mesti,
- posebna pozornost je namenjena varnosti pri delu, v pomoč so analize tveganja.

Delovni terapevt lahko pomembno prispeva k uspešnem vključevanju ljudi z intelektualno oviro v skupnost, tudi na področju dela. Pomembno je, da se že v procesu načrtovanja vključevanja upoštevajo posebne potrebe, ki jih imajo ljudje z intelektualno oviro, ne le z vidika psihofizičnih značilnosti, temveč tudi z vidika njihovih dosedanjih priložnosti za učenje spretnosti in veščin, ki so potrebne za življenje in delo v skupnosti. Upoštevati pa je potrebno tudi morebitne obstoječe predsodke, ki obstojijo pri ljudeh v skupnosti.

LITERATURA

1. Barnes, C., Mercer, G. in Shakespeare, T. (1999). *Exploring Disability; A Sociological Introduction*. Cambridge: Polity Press.
2. Barnes, H. (2000). *Working for a living*. Bristol: The Policy press.
3. Booth, T. in Booth, W. (1994). *Parenting under Pressure; Mothers and fathers with learning difficulties*. Buckingham: Open University Press.
4. Casey, C. (1995). *Work, Self and Society after Industrialism*. London: Routledge.
5. Choi, S. (2003). Roles and opportunities for social work intervention in expatriate work environments. *International Social Work*, 46 (2), 221–233.
6. EUSE, Supported Employment, 2017. European Union for Supported Employment. Pridobljeno, s <http://www.euse.org/>.
7. Lemorie, L. in Paul, S. (2001). Professional expertise of community-based occupational therapists. *Occupational Therapy in Health Care*, 13 (3/4), 33–50.
8. Mcconnell, D. (2009). *Disability & discrimination in the child welfare system; Parents with intellectual disabilities*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Muller.
9. Mittler, P. (2003). Meeting the needs of people with an intellectual disability: International perspectives. V S. S. Herr, L. O. Gostin in H. H. Koh, (ur.), *The human rights of persons with intellectual disabilities; Different but equal* (str. 25–48). New York: Oxford University Press.
10. Nirje, B. (1969). The normalization principle and its human management implications. V R. Kugel in W. Wolfensberger (ur.), *Changing patterns in residential services for the mentally retarded* (str. 179–196). Washington: Presidents Committee on Mental Retardation.
11. Opara, B. (2002). Nekateri problemi terminologizacije. *Defektologica Slovenica*, 10 (2), 23–40.
12. Pravilnik o standardih in normativih socialno varstvenih storitev (2013). Uradni list Republike Slovenije, št. 45/10, 28/11, 104/ 11, 111/13.
13. Pumpernik, D. (1997). Invalidnost – od diskriminacije proti enakopravnosti; Zgodovinski pregled invalidnosti kot socialnega pojava. V A. Zupan in C. Uršič (ur.), *Neodvisno življenje najteže gibalno oviranih* (str. 41–51). Ljubljana: Inštitut za rehabilitacijo.
14. Sonnander, K. (2005). Biological and social aspects of intellectual disability. V A. Gustavsson, J. Sandin, R. Traustadottir in J. Tosebro (ur.), *Resistance, Reflection and Change, Nordic Disability Research* (str. 193–203). Lund: Studentlitteratur.
15. Škerjanc, J. (1997). Načrtovanje neodvisnega življenja v sistemu neodvisnega financiranja. V A. Zupan in C. Uršič (ur.), *Neodvisno življenje najteže gibalno oviranih* (str. 53–69). Ljubljana: Inštitut za rehabilitacijo.
16. Škerjanc, J. (2006). Individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljem; Pomen uporabniškega vpliva pri zagotavljanju socialno-varstvene storitve. Ljubljana: Center RS za poklicno izobraževanje.

17. Tideman, M. (2005). A relational Perspective on disability: an illustration from the school system. V A. Gustavsson, J. Sandin, R. Traustadottir in J. Tosebro (ur.), *Resistance, Reflection and Change, Nordic Disability Research* (str. 219–232). Lund: Studentlitteratur.
18. Zakon o socialnem varstvu (2012). Uradni list Republike Slovenije, št. 3/07, 23/07, 41/07, 61/10, 62/10, 57/12.
19. Zaviršek, D. (2000). *Hendikep kot kulturna travma*. Ljubljana: Založba cf*.

Somatski-psiho-socio-semiotički okvir paradigme holističkoj skrbi za pacijenta

UDK 614.2-021.361

KLJUČNE RIJEČI: bolest, zdravlje, holistički pristup, holistička skrba

POVZETEK - Bolest i zdravlje su singularni pojmovi, koji se prije svega odnose na ljudsko stanje, koje odražava harmoniju ili disharmoniju. Moderni tempo života svakodnevno uvjetuje stanje disbalansa koje prepoznajemo u porastu oboljelih osoba. Razumjeti stanje pacijenta kroz simptome bolesti u današnje vrijeme nije dovoljno, zdravstveni djelatnici u svakodnevnoj skrbi za pacijenta trebaju težiti cjelovitom pristupu koji se temelji na holističkoj medicini. Pauli i suradnici (2000) uvode značenje somatsko-psiho-socio-semiotičke paradigme zdravlja, što uvelike doprinosi razumijevanju značenja holističkog pristupa - holističke skrbi za pacijenta. Cilj rada je razumijevanje zdravlja-bolesti, kao stanja ravnoteže-neravnoteže, na razini somatskog-psihološkog-socijalnog-semiotičkog, otvara nove perspektive u sagledavanju potreba pacijenta i daljnjih mogućnosti liječenja i rehabilitacije. U zaključku rad opisuje osnovni koncept somatsko-psiho-socio-semiotičke paradigme zdravlja kroz prikaz slučaja što dodatno omogućava razumijevanje značenja holističke skrbi za pacijenta.

UDC 614.2-021.361

KEY WORDS: illness, health, holistic approach, holistic care

ABSTRACT - Illness and health are singular notions that are primary related to a human condition, which reflects harmony or disharmony. The modern way of life regularly gets to a state of imbalance, possibly recognized in the increasing number of sick people. Today, understanding the patient's condition according to the symptoms of their disease is not enough, therefore health workers should be tending to the total approach in their regular care for the patient, based on the holistic medicine. Paoli and his fellow workers (2000) introduced the meaning of the somato-psycho-socio-semiotic paradigm of health, which enormously contributes to the understanding of the holistic approach - the holistic care of the patient. The aim of the paper is to understand both health and illness, as a state of balance or imbalance, at the somato-psycho-socio-semiotic level, by opening new perspectives in observing the patients' needs and further possibilities of their medical treatment and rehabilitation. In conclusion, the work describes the main concept of the somato-psycho-socio-semiotic health paradigm through the review of a case, which additionally enables to understand the meaning of the holistic care of the patient.

1 Uvod

Suvremena fizioterapija traži novi pristupi u praksi te naglašava usmjerenost prema cijeloj osobi (stav prema punom bogatstvu ljudskog života) (Nicholls i Gibson, 2010). Holistička medicina i smjernice vezane uz skrb za pojedinca kroz organizaciju zdravstvenih usluga na razini zajednice definiraju nužnost sagledavanja bio-psiho-socijalnih odrednica osobe koje u konačnici mogu dati smjernice za učinkovitom i kvalitetnom zdravstvenom skrbi (Pauli, White i McWhinney, 2000). Fizioterapeuti uglavnom promatraju čovjeka i čovjekovo tijelo s biomehaničkog aspekta, i sporo prihvaćaju »holistične« dimenzije zdravstvene skrbi, unatoč tome što su te dimenzije od vitalnog značaja za napredovanje ove profesije (Nicholls i Gibson, 2010).

Iz navedenog može se uočiti potreba za uvođenjem inovativnih metoda i tehnika koje će zagovarati holizam i holistički pristup. Multidisciplinarni pristup u medicini nije više oblik teorijskog razmatranja. Imperativ zdravstvene skrbi zasigurno se nalazi u sinergističkoj realizaciji kao sastavnici holističkog djelovanja na razini zdravstvene zaštite. Opravdano se nameće tvrdnja i pitanje ako je holizam sistem stavova koji nalaže da se prilikom rješavanja složenih problema ili zadataka pristupi sinergičnoj realizaciji, gubi li tradicionalna medicina, koja sagledava pojedinca kroz dijagnostičke obrasce, dosadašnje uporište?

Saznanja o holizmu determinirana su svojstvom kompleksnosti i razvojne promjenjivosti. Sistemska znanja u holističkom znanstvenom području imaju dva svojstva: a. kompleksnost, koja je neizbježna posljedica složenosti pojava koje se proučavaju; b. razvojnu promjenljivost, što je posljedica neizbježne ograničenosti svakog znanja, ali i dinamike unutar pojava.

Metoda intervjuja koji se koristi kroz različite profesije u većini je fokusirana na uska strukovna područja, te kao takav ima svoje prednosti i nedostatke.

Fokusirajući se na pojedinca i njegove zdravstvene poteškoće koje su često složene, potreba za holističkim pristupom i holističkim sagledavanjem istih nameće se kao potrebna i nužna (Tresolini i Force, 1994). Osim toga, Svjetska zdravstvena organizacija definira zdravlje kao nešto više od odsutnosti bolesti ili slabosti – zdravlje je stanje potpunog tjelesnog, duhovnog i socijalnog blagostanja (Muragundi i sur., 2012).

Tradicionalno, zdravstvena zaštita je bila uspješna ako su ispunjeni klinički ciljevi, a rijetko se gleda na izbore bolesnika (Muragundi i sur., 2012). Holistička medicina općenito, smatra da je u liječenju osobe potrebno sagledati sve aspekte njegova postojanja, te da se čovjeka mora promatrati u sklopu cjeline, a ne kao njegove pojedine dijelove. Ona se temelji na uklanjanju i pronalaženju uzroka (a ne simptoma) bolesti. Da bi se to postiglo, neophodan je timski rad fizioterapeuta, radnih terapeuta, art terapeuta, liječnika, psihologa, itd. Također je važno naglasiti da je tijekom liječenja nemoguće isključiti obitelj pojedinca. Sastavni dio liječenja i oporavka bolesnika je pružanje fizičke i psihičke podrške od strane obitelji (Hrastinski i Salopek, 2008). Educirati obitelj je potrebno kako bi se pripremilo i osposobilo članove obitelji za pružanje njege, te kako bi obitelj prilagodila prostora i pripremila pomagala i pomoćnu opremu (npr. pomalo za obavljanje nužde, ili pomagalo za kretanje, itd.) (Hrastinski i Salopek, 2008). Teškoće u pružanju skrbi mogu nastati radi samog primatelja skrbi (oboljela osoba), ali i pružatelja skrbi (preopterećenost primarnog skrbnika, skrbnički stres, pasivnost ostalih članova obitelji, materijalne okolnosti, itd.) (Čudina - Obradović i Obradović, 2006). Udio vremena provedenog u skrbi raste s napredovanjem bolesti (Aguglia i sur., 2000).

Radni terapeut će kroz inicijalnu procjenu utvrditi stanje i identificirati potrebe pojedinca (Law i sur., 1990; Law i sur., 1998; Lee i sur., 2011) te mu kroz aktivnost pomoći uspostaviti ravnotežu. Mjerenje percepcije pacijenata i stupanj njegove funkcije u svakodnevnim aktivnostima vrlo su važni kada je glavni cilj liječenja poboljšati kako osoba osjeća (Muragundi i sur., 2012).

2 Sagledavanje zdravlja kao sinergije uma-tijela-duha u prošlosti

Zdravlje je definirano na mnogo načina. Međutim biomedicinski model fokusira se na ideju da je zdravlje odsutnost patologije ili bolesti. Među brojnim pomažućim strukama radna terapija se najviše fokusira na ideju da je zdravlje vezano uz uzajamno djelovanje uma, tijela i duha. Izvorno, prvotni cilj bio je bolesniku ispuniti vrijeme s okupacijama i rasonodom u svakodnevnom životu. Za osobe vezane uz krevet ili za bolnicu okupacija i rasonoda bile su ručni rad, čitanje ili igranje tih igara. Za osobe koje su mogle napustiti bolnicu to je bilo obrađivanje zemlje koju je posjedovala ta institucija, rad u kuhinji ili praonici, šetnje ili vožnje te gledanje raznovrsnih zabavljачkih skupina.

Meyer (1951) je započeo program – trening navika - da bi pomogli bolesnicima da ponovno uspostave zdravlje jer su vjerovali kako je većina mentalnih bolesti rezultat neorganiziranih životnih navika. Trening navika odnosio se na organiziranje zadataka iz svakodnevnog života prema vremenskom rasporedu. Raspored je uključivao sve aktivnosti svakodnevnog života uključujući i svakodnevnu brigu o sebi kao i produktivne okupacije, rasonodu i slobodno vrijeme (Meyer, 1951). Okupacija se koristila da bi odvratila bolesnike od njihovih simptoma, posebice one s psihičkim poremećajima.

Duntun (1928) je tvrdio da uključivanje pojedinca u određenu aktivnost omogućuje usmjerivanje na realnost čime se smanjuje stupanj disfunkcije koju je osoba pokazala tijekom halucinacija ili stanja disbalansa.

Aktivnost može zamijeniti abnormalno ponašanje s normalnijim. Aktivnost se također može koristiti za odvrćanje pažnje kod boli i psiholoških stresova. Odvrćanje pažnje prema Duntunu (1928) bio je direktan pristup tretiranja specifičnog problema. Aktivnosti koje odvrćaju pažnju kao sredstvo korištenja vremena predstavljale su uporište nasuprot uvjerenju da bolestan čovjek ne treba raditi ništa. Duntun (1928) je između ostalog tvrdio da se okupacija može koristiti kao sredstvo za poboljšanje mentalnog stanja. Cilj u ono vrijeme bio je poboljšati zadovoljstvo klijenta jer je pozitivan stav imao pozitivan učinak na ponovnu uspostavu zdravlja.

3 Humanistički model nova paradigma zdravstvene skrbi

Tehnološki i znanstveni napredak, kao obilježje nove epohe, nameće potrebu za inovativnim modelima zdravstvene skrbi. Humanistički – biopsihosocijalni model prema začetniku američkom psihijatru Engelu (1980) usmjeren je na bolest i zdravlje kao međusobno ovisnu cjelinu. Prema Engelu (1977) iskustvo bolesti određene osobe, kao i ishodi bolesti, ne ovise samo o biološkim čimbenicima (npr. poremećaj metabolizma), već i o psihološkim-bihevioralnim (npr. doživljena kvaliteta života, pridržavanje liječničkih preporuka) i socijalnim čimbenicima (npr. dostupnost medicinske skrbi, obrazovanje osobe), te kontekstu sustava koji uključuje međuzavisne biološke, psihološke i socijalne odrednice. Humanistički- biopsihosocijalni model u novoj epohi,

izazov je za većinu zdravstvenih profesija. Aktualizacija modela, prilika je za dodatno razumijevanje bolesti i pronalaženje novih algoritama liječenja. Tradicionalni zdravstveni model u kojem je dominantno mjesto zauzimaio hijerarhijski odnos humanistički model mijenja u partnersko - suradnički (Šimunović, Njegovan Zvonarević i Pulić, 2016). Prihvatanje humanističkog modela kao paradigme nove epohe izazov je i ujedno apel svim akterima zdravstvene skrbi za promjenom dosadašnjeg odnosa prema bolesniku. Zagovornici humanističkog modela kontinuirano istražuju dobrobiti modela uvodeći nove postavke i termine. Obilježje humanističkog – biopsihosocijalnog modela u zdravstvenoj skrbi dodatno je pojašnjen uvođenjem termina »suradnički model liječenja«. Pauli, White i McWhinney (2000) navode da se zdravstvena skrb nove epohe treba sagledavati na razini paradigme koju čini četiri dimenzije: somato-psiho-socijalno-semiotička. Semiotička dimenzija – modalitet, dodatno istražuje i naglašava važnost razumijevanja bolesnikovog poimanja bolesti. Dosadašnja istraživanja su potvrdila da kronična bolest neminovno dovodi do disbalansa na nekom od ova četiri područja somatskom, psihološkom, socijalnom ili semiotičkom. Bolest se kao krajnji ishod disbalansa manifestira kao fizički, mentalni, društveno zdravstveni problem.

4 Prikaz slučaja kroz semiotičko sagledavanje bolesti

M. N. je 47-godišnja žena i majka kojoj je prije nekoliko godina dijagnosticiran bipolarni poremećaj ličnosti. Primljena je u psihijatrijsku ustanovu zbog ponovnog pojavljivanja simptoma. Prilagođena joj je medikamentozna terapija, sudjelovala je u funkcionalnim grupama u radnoj terapiji i simptomi su se smanjili. Kroz kratak intervju saznalo se sljedeće: kratko prije nego je M.N. ponovo hospitalizirana, njezin suprug je imao desnostranu potkoljenu amputaciju i brzo nakon toga doživio je moždani udar koji je rezultirao blagim onesposobljenjem. Bio je zaposlen kao vozač kamiona i unatoč tome što je prošao proces rehabilitacije, još uvijek nije bio u mogućnosti voziti te je bio nesiguran s obzirom na svoju okupacijsku budućnost. Primarna uloga koju je M. N. izvršavala bila je uloga domaćice. Ima sina koji živi otprilike 150 kilometara udaljenosti od nje, ali s njim najčešće ne kontaktira. Terapeut je uvidio kako postoji mogućnost da se njezini simptomi ponovno pojave, budući da su njezine trenutne okolnosti predstavljale ogromni adaptivni prijelaz za nju. U prošlosti su stresori rezultirali potrebom za hospitalizacijom. Prije nego što se suprug razbolio, M. N. je bila prilično ovisna o njemu što se tiče socijalne potpore, održavanja kuće, financijskih prihoda i prijevoza budući da ona nije vozačica. Terapeut je inicijalnom procjenom zaključio sljedeće:

Dnevna rutina aktivnosti za M. N. uključivala je kuhanje i obavljanje raznih poslova po kući, čitanje i pletenje. Zbog prijašnjih problema s vožnjom automobila, nije imala vozačku dozvolu i u potpunosti je ovisila o suprugu što se tiče prijevoza i odlaska u kupnju, u crkvu i povremenih posjeta prijateljima. U početnoj procjeni terapeut je pitao M. N. da opiše svoje zadovoljstvo i sudjelovanje u njoj važnim aktivnostima.

Ocijenila ih je sa 3 ili 4 od mogućih 10 bodova (iako je naglasila da bi ih prije ove promjene ocijenila višom ocjenom). Okolinu je ocijenila s 2 i 3. Uz sve to, njezin suprug se prije više družio s svojim kolegama, a sada većinu vremena provodi s M. N., što stavlja dodatni stres na nju da bude dobra družica i brižna osoba. Njezini potencijalni gubici uloga uključuju gubitak sposobnog supruga, sustav socijalne potpore i osobe koja zarađuje plaću. Terapeut i M.N. analizirali su moguće dobitke s obzirom na nove okolnosti i M. N. je izdvojila sljedeće:

1. mogućnost da se više zbliži sa sinom od kojeg se dosta otuđila tako što će ga zamoliti da ih češće posjećuje i malo pomogne s nekim popravcima u kući koji su neophodno potrebni;
2. mogućnost da preuzme neke nove uloge u kući, jer je shvatila da su aktivnosti koje je dosad obavljala počele njoj samoj gubiti na važnosti;
3. dobre stvari koje mogu proizaći iz riskiranja da zamoli prijatelje da ju ponekad odvezu kamo treba ići jer će time povećati sustav socijalne potpore;
4. M. N. je odlučila postaviti sljedeće ciljeve koje će ostvariti uz suprugovu pomoć;
5. zamolit će sina da popravi stepenice na ulazu u kuću;
6. naučit će brinuti se za biljke u suprugovu vrtu;
7. kontaktirat će prijateljicu i zamoliti ju da je vozi u kupovinu.

U ponovnoj procjeni, nakon tri mjeseca, ustanovljeno je sljedeće: M. N. je kontaktirala sina. Iako je sin vrijeme prvenstveno provodio s ocem, M. N. i on su počeli međusobno razgovarati. Otkrila je zadovoljstvo rada u vrtu iako su neke biljke uvenule. I na kraju, M.N. je pronašla jednu prijateljicu s kojom je redovito išla u kupnju. Okolinu, zadovoljstvo osobama i zadovoljstvo izvođenjem ocijenila je višim ocjenama te nije došlo do povratka simptoma osnovne bolesti. Udio vremena provedenog u skrbištvu za supruga se smanjivao, kako se suprug oporavljao. U konačnici, radovalo ju je što je bila podrška suprugom tijekom rehabilitacije, što mu je pomogla poboljšati kvalitetu života nakon operativnog zahvata i što mu je bila podrška pri osamostaljivanju u obavljanju aktivnosti svakodnevnog života.

5 Zaključak

Humanistički model zdravstvene skrbi ne predstavlja prijetnju niti smanjuje dosadašnju važnost medicinskih znanosti. Naprotiv, stvara novu epohu cjelovitog sagledavanja osobe, pridajući sve veću pozornost važnosti očuvanja zdravlja, sveobuhvatnom razumijevanju bolesti i aktivnom participiranju bolesnika u svim fazama liječenja i rehabilitacije.

LITERATURA

1. Aguglia, E., Onor, M. L., Trevisiol, M., Negro, C., Saina, M. in Maso, E. (2004). Stress in the caregivers of Alzheimer's patients: An experimental investigation in Italy. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 19 (4), 248–252.

2. Baptiste, S., Law, M., Pollock, N., Polatajko, H., McColl, M. in Carswell, A. (1993). The Canadian occupational performance measure. *World Federation of Occupational Therapy Bulletin*, 28, 47–51.
3. Čudina - Obradović, M. in Obradović, J. (2006). *Psihologija braka i obitelji*. Zagreb: Golden marketing-Tehnička knjiga.
4. Dunton, W. R. (1928). *Prescribing Occupational Therapy*. Philadelphia: Saunders.
5. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129–136.
6. Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137 (5), 535–544.
7. Hrastinski, N. in Salopek, M. (2008). Edukacija bolesnika i obitelji. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 4 (14).
8. Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. *American journal of occupational therapy*, 56 (6), 640–649.
9. Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H. in Pollock, N. (1990). The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57 (2), 82–87.
10. Lee, S. W., Morley, M., Taylor, R. R., Kielhofner, G., Garnham, M., Heasman, D. in Forsyth, K. (2011). The development of care pathways and packages in mental health based on the Model of Human Occupation Screening Tool. *British Journal of Occupational Therapy*, 74 (6), 284–294.
11. Meyer, A. (1951). Remarks on habit disorganization in the essential deteriorations, and the relations of deterioration of the psychasthenic, neurasthenic, hysterical and other constitutions. V E. Winters (ur.), *The Collected Papers of Adolf Meyer*. v II. *Psychiatry* (str. 421–431). Baltimore: John Hopkins Press.
12. Muragundi, P. M., Tumkur, A. M., Shetty, R. K. in Naik, A. N. (2012). Health-related Quality of Life Measurement. *Journal of Young Pharmacists*, 4 (1), 54.
13. Nicholls, D. A. in Gibson, B. E. (2010). The body and physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26 (8), 497–509.
14. Pauli, H. G., White, K. L. in McWhinney, I. R. (2000). Medical education, research, and scientific thinking in the 21st century (part three of three). *Education for Health*, 13 (2), 173–186.
15. Šimunović, D., Njegovan Zvonarević, T. in Pulić, E. (2016). Humanistički model zdravstvene skrbi – izazov zdravstvenih profesija u novoj epohi. V *Knjiga sažetaka 1. konferencije zdravstvenih profesija*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
16. Tresolini, C. P. in Force, P. F. T. (1994). *Health professions education and relationship-centered care*. San Francisco: Pew Health Professions Commission.

Stališča dijakov zdravstvene nege do staranja in starejših ljudi

UDK 373.5-052-053.9

KLJUČNE BESEDE: starejši ljudje, staranje, mladi, odnosi, zdravstvena nega

POVZETEK - V zdravstveni negi starejših ljudi je odnos do njih zelo pomemben dejavnik kakovostne zdravstvene nege. Ugotavljali smo, kakšna so stališča dijakov zdravstvene šole do dela s starejšimi ljudmi. Raziskava temelji na kvantitativni metodi dela. Izvedena je bila deskriptivna metoda raziskovanja. Ugotovili smo, da imajo dijaki pozitiven odnos do starosti, starosti se ne bojijo in starejši ljudje zanje niso neprijetni. Ocenjujejo, da znajo komunicirati z njimi, izkušnje s starejšimi ljudmi opisujejo pozitivno in delo s starejšimi jim predstavlja izziv. Do izobraževanja imajo pozitiven odnos in se zavedajo pomena nenehnega usposabljanja in poglobljanja že pridobljenega znanja. Največji primanjkljaj znanja čutijo na področju paliativne oskrbe pacienta. Hkrati menijo, da je kakovostna celostna obravnava starejših ljudi zahtevna in naporna. Ugotovitve raziskave tudi kažejo, da mladi želijo svoje znanje iz paliativne oskrbe poglobljati, kar pa je lahko podlaga za izboljšave pri zdravstveni negi starejših ljudi.

UDC 373.5-052-053.9

KEY WORDS: older people, ageing, youth, attitude, nursing care

ABSTRACT - In nursing care, the attitude to older people is a very important factor of nursing care quality. In this study, we were interested in the attitude of nursing care students regarding their work with older people during their education. The survey is based on the quantitative method. The descriptive research method was used, and the results are presented in a descriptive and tabular manner. We found out that the students have a positive attitude towards the old age, they are not afraid of it and they do not find older people unpleasant. Students estimate that they are able to communicate with them, describe experiences with older people as positive, and work with them as challenging. Students also have a positive attitude towards education, they are aware of the importance of continuous training and consolidation of the acquired knowledge. They notice the largest knowledge deficit in the field of palliative care. At the same time, they know that a high-quality holistic treatment of older people is very demanding and requires a lot of hard work.

1 Teoretična izhodišča

Starost in staranje

Starost, staranje in trajanje življenja so vprašanja stara toliko kot človeški rod in z njimi so se že od nekdaj ukvarjali ljudje in znanstveniki. V razvoju in s staranjem človeka se spreminjata samopodoba in njegova družbena identiteta. Staranja telesa opredelimo kot obdobje posameznika, ki traja od petinšestdesetega leta starosti do smrti. Postopno začnejo pešati telesne funkcije in propadati telesna zgradba, s časom se zmanjšuje sposobnost adaptacije organizma in zveča se verjetnost smrti. Glavne značilnosti procesa staranja:

- s starostjo se umrljivost povečuje,
- več je škodljivih in napredujočih sprememb,
- možnost prilagajanja vplivom okolja se zmanjša,

- za bolezni je večja dovzetnost,
- vključeni so biološki, psihološki in sociološki procesi,
- na doživljanje staranja imajo pomemben vpliv zgodovinski in kulturni dejavniki (Milavec Kapun, 2011).

Starost je proces in ima več obrazov. Za začetek tretjega življenjskega obdobja navadno štejemo dopolnjenih 65. let, po letu 2000 pa v velikem delu strokovne literature štejemo med staro prebivalstvo ljudi, ki so stari nad 60 let. Glavna tri obdobja v življenju človeka so mladost, srednja leta in starost. Tretje starostno obdobje ima v življenju posameznika svoje posebnosti, značilnosti in prioritete (Ramovš 2003).

Staranje prebivalstva

Staranje prebivalstva je globalen pojav in delež starejših ljudi se hitro povečuje po vsem svetu, kar predstavlja izziv in odgovornost za urejeno delovanje družbe. S staranjem prebivalstva se spreminja starostna struktura prebivalstva, saj se povečuje delež starejših ljudi in vsakega človeka je potrebno pripraviti in mu zagotoviti varno starost (Kodrič, 2014). Staranje prebivalstva v današnji družbi je izziv v zdravstveno izobraževalnih zavodih, ministrstvih in vladi. Cilj vseh držav je omogočiti starejšemu človeku čim dlje živeti na njegovem domu. Bolnišnice s skrajševanjem ležalne dobe vedno pogosteje odpuščajo bolne ljudi, zato se bo zdravstvena nega v večjem obsegu nadaljevala tudi na pacientovem domu (Perušak, Zurb in Skela Savič, 2013). Do leta 2050 bo v Republiki Sloveniji kar 200.000 starejših ljudi, kar predstavlja 10 odstotkov njenega celotnega prebivalstva. Številčno sorazmerje med mlado, srednjo in starejšo generacijo je danes porušeno, kot še nikoli doslej. V naslednjih desetletjih pa se pričakuje še večje nesorazmerje (Kodrič, 2014).

Starejši ljudje in družina

V današnjem hitrem tempu sodobnega življenja so za kakovost bivanja starejših in njihovo varnost, temeljnega pomena družina in dobri sorodstveni odnosi. V družini starejši človek najde oporo, pomoč in varnost. Najboljše medgeneracijsko sožitje v Sloveniji je, ko starejši živijo v isti hiši s srednjo generacijo, vendar ne v skupnem gospodinjstvu. Na podeželju prevladujejo skupna gospodinjstva, v mestu živi največ ljudi samih. Otroci staršem nudijo predvsem občasno pomoč pri čiščenju stanovanja, prinašanju dobrin iz trgovine, prevozu k zdravniku in urejanju finančnih zadev, najpomembnejša pa je čustvena opora, saj se tako počutijo bolj varne. Oporo iščejo v otrocih in v partnerju (Kodrič, 2014).

Odnos mladih do staranja, starosti in starejših ljudi

Medgeneracijsko druženje je zelo pomembno pri učenju socialnih veščin: mlajše generacije spoznavajo izkušnje starejših in z njimi preživljajo prijetne skupne trenutke. Mlajši pa s svojo odprtostjo, neposrednostjo in življenjsko energijo prispevajo k izboljšanju življenja starejše generacije. S tem je zagotovljena razvojna potreba starejših ljudi po medgeneracijski povezanosti z vnuki in drugimi mladimi ljudmi. Tako se

imajo mlajše generacije možnost seznaniti z razlikami med ljudmi različnih starosti (Milavec Kapun, 2011). Tako avtor navaja, da medsebojno druženje omogoča:

- občutek koristnosti, vključenosti in izpolnjenosti v družbo pri otrocih in starejših,
- socialno in duševno krepitev starejših ljudi, jim da nov zagon in motivacijo,
- gradnjo socialne mreže,
- manjšo stigmatizacijo starejših, manj je odrinjenosti na rob družbe in zlorab,
- pridobivanje novega znanja in veščin,
- umiljeni so predsodki, strahovi otrok do starejših,
- otrokom pomaga razumeti staranje in zagotovi pripravo nanj,
- možnost vzpostavitve odnosa med otroki in nadomestnimi starimi starši,
- krepitev družbenih vrednot,
- ohranjanje ustnega ljudskega izročila in dediščine (Milavec Kapun, 2011).

Pomembno je tudi, da znamo opredeliti kdo so mladi in kakšne so njihove značilnosti. Enotne meje, ki bi jasno začrtala starostne omejitve mladih ni. Mladost je obdobje, ko oseba prehaja iz otroštva v odraslo dobo. V tem vmesnem obdobju postajajo bolj samostojni in neodvisni. Mladostniki se nahajajo v življenjskem obdobju, ko je njihov problem usklajevanje samopodobe z družbenimi pravili. Pogosta so nihanja odnosa do sebe, gibajo se med dvema skrajnostima in sicer občutki vsemoči, ki vsebujejo občutke popolne svobode, doseganja ali spreminjanja česarkoli, občutek nezadostnosti, samozavračanja. To obdobje označuje potreba po spremembah, dinamiki, razvoju, gibanju in zavračanju stabilnosti, statike, zastoja. Še posebej je pomembno oblikovanje vrednotnega sveta (Zgaga in Pahor, 2004). Današnje mladostnike imenujemo tudi generacija Z (rojeni od 1994-2004) ali »tiha« generacija, »i« generacija ter »net« generacija, so verbalno komunikacijsko šibki, saj komunicirajo preko interneta. Večinoma so še vključeni v proces izobraževanja, zato še ne vemo kako uspešni bodo na delovnem mestu (Lahe, 2016). Prav tako Lahetova (2016) navaja, da je problematika, odnosa mladih do starosti in starejših, v svetu slabo raziskana ter, da so si stališča raziskovalcev nasprotujoča. Tudi v slovenskem prostoru večjih empiričnih raziskav na to temo ni bilo.

Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšna so stališča do dela s starejšimi ljudmi med dijaki zdravstvene nege v času izobraževanja ter ali obstajajo razlike v razmišljanjih in odnosu do starejših ljudi, staranja in starosti v povezavi z obliko družine v kateri dijaki živijo.

Oblikovali smo naslednjo raziskovalno hipotezo: »Dijaki zdravstvene nege, ki živijo v razširjeni družini imajo bolj pozitiven odnos do starejših ljudi, staranja in starosti.«

2 Metoda

Raziskovalna metoda

Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Uporabljena je bila metoda deskripcije, sinteze in komparacije.

Opis instrumentarija

Za zbiranje podatkov je bil uporabljen strukturiran anketni vprašalnik. Anketni vprašalnik smo izdelali na osnovi pregleda literature (Hvalič Touzery, Kydd in Skela Savič, 2013). Splošni del, v katerem smo dijake spraševali po demografskih podatkih, je imel 5 trditev. Uporabljen vprašalnik je bil sestavljen iz dveh sklopov, kjer so anketiranci na petstopenjski lestvici ocenjevali različne kriterije in sicer: osebni odnos in izkušnje do starosti, starejših ljudi in staranja (8 trditev). Preverjali smo strinjanje posamezne kategorije, tabela strinjanja pa je imela lestvico od 1 – sploh se ne strinjam do 5 – popolnoma se strinjam. Vključili smo tudi spremenljivke, ki smo jih povzeli iz svojih izkušenj pri pedagoškem delu.

Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni, priročni vzorec. Raziskava je bila izvedena med dijaki, ki so bili vpisani v četrti letnik rednega srednješolskega strokovnega programa zdravstvene nege Srednje zdravstvene šole v Celju, v šolskem letu 2016/17. V raziskavi je sodelovalo 68 dijakov četrtega letnika, to je bilo 37,77 % vseh vpisanih dijakov v četrti letnik. Od tega je bilo dve tretjini deklet. Vsi dijaki so bili polnoletni, tako da za sodelovanje v raziskavi ni bilo potrebno pridobiti soglasja staršev. Povprečna starost dijakov je bila 18,94 let. V razširjeni družini skupaj s starimi starši živi 23 (33,8 %) dijakov in 45 (66,2 %) dijakov živi v drugih oblikah družine. Dnevne stike s starejšimi ljudmi v domačem okolju ima 52 % dijakov.

Opis zbiranja in obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo s privolitvijo ravnateljice v mesecu aprilu 2017. Izpolnjevanje je potekalo v učilnici, trajalo je približno 10 minut. Izpolnjene vprašalnike so dijaki oddajali v za to pripravljeno škatlo. Odgovore smo najprej vnesli in obdelali s programom SPSS 22. Uporabili smo opisno statistično analizo (najmanjšo in največjo vrednost, srednjo vrednost, modus in frekvenčno porazdelitev), odstotno porazdelitev, standardni odklon in t-test. S frekvenčno porazdelitvijo smo ugotavljali porazdelitev podanih odgovorov na petstopenjski lestvici, s standardnim odklonom pa razpršenost posameznih odgovorov v kategoriji. Za preverjanje hipotez so bili uporabljeni testi korelacije (Pearsonov koeficient korelacije in t-test). Razlika vzorčnih aritmetičnih sredin je statistično značilna na stopnji tveganja $p < 0,05$.

Etični vidik raziskovanja

Vsak sodelujoči je podal informirani pristanek in je bil seznanjen, da je anketiranje anonimno. Upoštevali smo etična načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

3 Rezultati

V raziskavi smo preverjali, kakšen je odnos mladih do starosti, starejših ljudi in staranja. Zanimalo nas je, kakšne so njihove izkušnje s starejšimi ljudmi ter kako ocenjujejo svoje sposobnosti komuniciranja s starejšimi. Skoraj 90 % dijakov z veseljem prihaja na praktični pouk v bolnišnico. Med najpogostejšimi odgovori zakaj radi obiskujejo praktični pouk so bili: pomoč ljudem, veselje do dela, delo z ljudmi, je poučno in zanimivo, redkeje pa so vzrok nove izkušnje, odsotnost pouka in dobra malica. Dijaki, ki praktičnega pouka ne obiskujejo radi, so za pojasnilo navedli naslednje razloge: poklic me ne zanima, preveč dela in ne ljubi se mi.

Tabela 1: Oseben odnos dijakov do starosti, starejših ljudi in staranja

| <i>Oseben odnos do starosti (n = 68)</i> | \bar{x} | <i>Mo</i> | <i>so</i> |
|--|-----------|-----------|-----------|
| Komuniciranje s starejšimi ljudmi je lahko zelo naporno. | 3,35 | 4 | 0,943 |
| Znam komunicirati s starejšimi ljudmi. | 3,96 | 4 | 0,656 |
| Z višanjem starosti postajajo starejši ljudje vse bolj neprijetni. | 2,68 | 3 | 0,888 |
| Že ob misli na starost sem zaskrbljen. | 3,01 | 4 | 1,126 |
| Starosti se bojim. | 3,16 | 3 | 1,087 |
| Imam odpor do starosti in staranja. | 2,78 | 3 | 1,091 |
| Imam vzornika za lepo in dejavno starost. | 3,65 | 4 | 0,974 |
| Splošno gledano, imam lepe izkušnje s starejšimi ljudmi. | 4,03 | 4 | 0,732 |
| Skupaj | 3,32 | | |

n - število anketiranih; \bar{x} - povprečje; Mo - modus; so - standardni odklon

Na podlagi zbranih rezultatov (Tabela 1) ugotavljamo, da imajo dijaki pozitiven odnos do starosti, saj se starosti ne bojijo in starejši ljudje zanje niso neprijetni. Ocenjujejo, da znajo komunicirati s starejšimi in imajo za lepo starost in staranje vzornika. Pozitivno opisujejo tudi svoje izkušnje s starejšimi. Najmanjšo povprečno oceno so izrazili pri trditvi, da starejši ljudje s starostjo postajajo bolj neprijetni ($\bar{x} = 2,68$).

Tako na osnovi analize dobljenih podatkov hipotezo Dijaki zdravstvene nege, ki imajo bolj pozitiven odnos do starejših ljudi, staranja in starosti ovržemo.

Ničelno hipotezo lahko potrdimo, saj razlike med skupinama niso statistično značilne ($p = 0,143$). Dijaki, ki živijo v razširjeni družini nimajo bolj pozitivnega odnosa do starejših ljudi, staranja in starosti od dijakov, ki živijo v družinah drugih oblik. Primerjava rezultatov o osebnem odnosu do staranja in življenjem v razširjeni družini ne pokaže statistično pomembnih razlik. Prav tako ni razlik med rezultati in pogostostjo stikov s starejšimi ljudmi v domačem okolju.

4 Razprava

V okviru raziskave smo ugotavljali stališča dijakov zdravstvene nege do starejših ljudi, starosti in staranja. Bodoče medicinske sestre je zaradi naraščajočih potreb po delu s starejšimi ljudmi potrebno spodbuditi za delo z njimi. Pomembno vlogo pri odločanju za delo v zdravstveni negi starejših ljudi imajo pozitivne izkušnje. Za visoko kakovostne zdravstvene storitve starejših ljudi v različnih okoljih je ključnega pomena in predpogoj pozitiven odnos pri oskrbi starejših ljudi (Hvalič Touzery, 2010). Tako Lahetova (2016) navaja, da so nekateri raziskovalci dokazali, da boljše poznavanje staranja pripomore k bolj pozitivnemu odnosu do starejših, na drugi strani pa so ugotovili, da znanje nima neposrednega odnosa do starejših. Izboljšati je potrebno medgeneracijski odnos in razumevanje. Neposredni stiki med mlajšimi in starejšimi privedejo do bolj pozitivnega odnosa. Odnos je odvisen od kakovosti in pogostosti stika (Lahe, 2016).

Želeli smo raziskati kakšen pomen imajo redni stiki s starejšimi ljudmi v domačem okolju in kako vplivajo na odnos med bodočimi zdravstvenimi delavci in starejšimi ljudmi v času hospitalizacije. Naše predvidevanje, da dobri in pogosti stiki v domačem okolju vplivajo na odnos do starejših ljudi ni bil potrjen. Ugotovitve raziskave so pokazale pozitiven odnos do staranja, starosti in starejših ljudi. Prav tako je čutiti željo po usposabljanju in poglobljanju že pridobljenega znanja, tudi na področju paliativne oskrbe. Velik pomen pripisujejo celostni obravnavi starejših ljudi, kar je potrebno vključiti v njihovo izobraževanje in temu nameniti še več pozornosti.

Delo s starejšimi ljudmi lahko ima slabo podobo o zdravstveni negi v primerjavi z drugimi področji, kot npr. babištvo, za katerega je več zanimanja. Kljub pomislekom, lahko oblike negativnega vedenja in prakse na področju zdravstvene nege do starejših ljudi zaznamo. Zdravstveno osebje negativne odnose opraviči kot poslabšanje zdravja in posledice »normalnega« staranja ter odnos, ki je potreben za izvedbo negovalnih intervencij (Phelan, 2010).

Young-Shin (2015) v študiji opisuje odnos do staranja in starejših ljudi med azijskim in belimi študenti zdravstvene nege. Med obema skupinama ni bilo razlik, vendar so azijski študenti poročali o neprijetnih čustvih pri komunikaciji s starejšimi ljudmi. Občutki pri komunikaciji s starejšimi so bili označeni kot pomemben dejavnik, ki odraža odnos učencev do staranja.

Podatki raziskave kažejo, da večino udeležencev izobraževanja zdravstvene nege predstavljajo osebe ženskega spola. Ugotovitev lahko, povezujemo s tradicionalno zdraviteljsko in negovalno ali skrbstveno vlogo žensk v družini in skupnosti (Hvalec in Kobal Straus, 2010). Zdravstvena nega je dolgo veljala za tipično ženski poklic, kjer so medicinskim sestram pripisovali stereotipno žensko, to je pomočniško vlogo. Zdravstvena nega v družbi velja za poklic, v katerem prevladujejo ženske in kjer medicinski sestri pripisujejo predvsem stereotipno ženske lastnosti (Ličen in Plazar, 2013).

Potrebno bi bilo pridobiti mlade ljudi za delovanje na področjih, ki bodo v prihodnosti delovno zelo intenzivna, saj se pričakuje, da bo dela s starejšimi in posledično s problemi, ki jih prinaša starost, vse več. Pridobivanje kadra na teh področjih predstavlja izziv.

Opravljen raziskava ima omejitve v izbrani metodologiji in vzorcu.

5 Zaključek

Delo s starejšimi ljudmi je srečevanje dveh oddaljenih svetov: strokovnjaka in starejšega človeka, ki imata vsak svoj pogled na svet, vrednote, življenjske cilje in probleme. Hitri razvoj sodobne medicine podaljšuje človeška življenja. Vedno več bo pacientov, ki bodo potrebovali pomoč medicinskih sester, sposobnih zagotavljati kakovostno zdravstveno nego. Raziskava je opozorila na pomen pozitivnih osebnih in poklicnih izkušenj za delo na področju zdravstvene nege starejših ljudi. V zdravstveni negi starejših ljudi sta komunikacija in z njo povezani odnos zelo pomembna dejavnika kakovostne zdravstvene nege. Pred strokovnim znanjem, s katerim pristopamo k človeku pa je pomembno spoštovanje dostojanstva.

Poudariti želimo dejstvo, da je področje odnosov med mladimi in starejšimi v procesu zdravstvene nege slabo raziskano, tako v slovenskem kot širšem svetovnem merilu. Temu pritrjujejo tudi drugi raziskovalci. V prihodnosti bi bilo zanimivo primerjati stališča mladih, ki se izobražujejo za različne poklice in med njimi narediti primerjavo odnosov do starejših ljudi. Tako bi lahko bil vzorec večji in rezultati raziskave zanesljivejši.

LITERATURA

1. Hvalec, Š. in Kobal Straus, K. (2012). Emocionalno delo v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 46 (3), 219–228.
2. Hvalič Touzery, S. (2010). Znanja in stališča s področja dela s starimi ljudmi –rezultati raziskave med kliničnimi mentorji in študenti zdravstvene nege. V B. Skela Savič, M. Kaučič, J. Zurc in S. Hvalič Touzery (ur), *Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo*. 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu (str. 16–17). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
3. Hvalič Touzery, S., Kydd, A. in Skela Savič, B. (2013). Odnos do dela s starostniki med kliničnimi mentorji. *Obzornik zdravstvene nege*, 47 (2), 157–168.
4. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. (2014). Uradni list RS, št. 41 (3.10.2014). Pridobljeno 12. 4. 2017, s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2014-01-2937/kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-slovenije>.
5. Kodrič, K. (2014). Vloga in pomen družine pri socialni opori starostnikom. *Revija za zdravstvene vede*, 1 (2), 98–108.
6. Lahe, D. (2016). Sociološki vidiki odnosa mladih do staranja, starosti in starejših ljudi v slovenski postmoderni družbi (Doktorska disertacija). Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta.
7. Ličen, S. in Plazar, N. (2013). Razlike v asertivnem vedenju med študentkami zdravstvene nege in študentkami drugih fakultet – Primerjalna študija. *Obzornik zdravstvene nege*, 47 (2), 148–156.

8. Milavec Kapun, M. (2011). Starost in staranje. Pridobljeno 21. 3. 2017, s http://www.impletum.zavod-irc.si/docs/Skriti_dokumenti/Starost_in_staranje-Milavec.pdf.
9. Perušek, A., Zurc, J. in Skela Savič, B. (2013). Komunikacija in kakovost odnosov med medicinsko sestro in starostniki v patronažnem varstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 47 (3), 253–259.
10. Phelan, A. (2010). Socially constructing older people: examining discourses which can shape nurses' understanding and practice. *Journal of advanced nursing* 2010, 893–903.
11. Ramovš, J. (2003). *Kakovostna starost*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti.
12. Young-Shin, L. (2015). Ethnic Differences in Attitudes and Bias Toward Older People Comparing White and Asian Nursing Students. *Journal of Transcultural Nursing*, 26 (2), 202–208.
13. Zgaga, A. in Pahor, M. (2004). Umiranje v očeh študentov zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 38, 325–331.

Kakovost življenja odraslih z motnjo v duševnem razvoju

UDK 316.728-056.36

KLJUČNE BESEDE: odrasli, motnje v duševnem razvoju, kakovost življenja, institucije, domače okolje

POVZETEK - V prispevku je kakovost življenja obravnavana kot razlika med posameznikovimi potrebami in željami ter možnostjo za uresničitev le-teh v objektivnem okolju. V raziskavo, katere namen je bil analizirati kakovost življenja oseb z zmerno motnjo v duševnem razvoju, ki kot odrasli bivajo doma, in tistimi, ki bivajo v instituciji, je bilo zajetih enainosemdeset oseb z motnjami v duševnem razvoju, ki so govorili o svojih željah in potrebah. Na drugi strani pa so realizacijo le-teh ocenjevali starši (oz. skrbniki), če oseba biva doma, ali strokovni delavci, če je oseba nastanjena v instituciji. Obravnavani so bili vsebinski sklopi fizičnih potreb, materialne preskrbljenosti, čustvenih potreb, pravic, samoodločanja, osebno-stnega razvoja, medsebojnih odnosov in socialne vključenosti. Poudarek je bil na ugotavljanju, ali dano okolje zagotavlja ustrezne pogoje za kakovostno življenje s hkratnim zavedanjem subjektivne izkušnje posameznika.

UDC 316.728-056.36

KEY WORDS: adults with moderate intellectual disability, quality of life, institutional form of accommodation, living at home

ABSTRACT - The main purpose of this study is to analyse the quality of life of adults with moderate intellectual disability who are either living as adults at home or residing in an institution. The quality of life is measured as a difference between the individual's needs and desires, and their realisation of possibilities in an objective environment. The study includes eighty-one persons with moderate intellectual disability, who were asked to express their needs and desires. On the other hand, realisation of the needs and desires was assessed by parents (or guardians), if the person had been living at home, or staff, if the person had been institutionalised. The following topics are discussed in the study: physical needs, material supply, emotional needs, rights, self-determination, personal growth, social relationships, and social belonging. The focus is to determine whether the given environment provides adequate conditions for the quality of life based on the individual's subjective experience.

1 Teoretična izhodišča

S socialnega in eksistenčnega vidika je osnovna potreba vsakega človeka imeti urejene stanovanjske razmere. Pri tem naj bi mu stanovanje zagotavljalo potrebo po zaščiti in varnosti. Istočasno stanovanje ščiti človeka pred klimatskimi vplivi, kakor tudi pred nezaželenimi posegi drugih ljudi v njegovo privatnost. Stanovanje je območje, v katerem naj bi bile zagotovljene osebne in intimne potrebe. Osebe z motnjami v duševnem razvoju (v nadaljevanju OMDR) sodijo v tisto skupino oseb, za katere je težko zagotoviti bivanjski prostor, ki bi ustrezal njihovim željam in potrebam, saj bolj kot drugi pri tem potrebujejo pomoč. Veliko teh oseb tudi v pozni starosti še živi pri starših, kateri so prav tako potrebni pomoči. Tako so procesi ločitve od staršev in ureditev čim bolj samostojnega življenja zanje skoraj neizvedljivi (Novljan in Jelenc, 2002).

Kakovost življenja oseb z motnjami v duševnem razvoju je tesno povezana z uresničevanjem načel normalizacije, inkluzije ter participacije v praksi. Ko govorimo o pojmu

kakovosti življenja, v prvi vrsti opredeljujemo ocenjevanje lastnega življenja. Kako posameznik doživlja svoje življenje, pa je odvisno od interakcije med notranjimi in zunanji dejavniki – dejavniki okolja. Notranji dejavniki so lahko naslednji: dispozicije, temperament, fiziologija, navade, izkušnje, spretnosti, stališča, vrednote, znanja, življenjska naravnost, interesi, samopodoba, čustvovanje itd. Zunanji dejavniki pa so lahko: družbena stališča in družbeno vrednotenje ljudi s posebnimi potrebami, osebne lastnosti kadra v instituciji, strokovna usposobljenost kadra, odnosi, pristopi, organizacija in metode dela, pripomočki, prostori, financiranje, zakonodaja, socialna politika, razvitost stroke itd.

Pozitiven odnos do oseb z motnjami v duševnem razvoju je osnova za aktiviranje potrebnih dejavnikov v družbi in za ustvarjanje vseh potrebnih zunanjih pogojev za njihovo kakovostno življenje, brez katerega ne bomo mogli uresničiti svojega namena.

Na osnovi interakcije med posameznikom in njegovem ustreznem, manj ustreznem ali neustreznem okolju pridobi posameznik določene izkušnje, spretnosti, znanja, stališča, tehnike, interese, presoja vrednost in življenjsko naravnost. Te razvite lastnosti posamezniku postanejo nadaljnji notranji dejavniki za doživljanje in razvoj kakovosti življenja.

Med avtorji prihaja do različnih interpretacij, definicij in opisov kakovosti življenja, vendar se le-ta pogosto prekrivajo. Definiranje in vrednotenje kakovosti življenja oseb z motnjami v duševnem razvoju je še vedno v procesu oblikovanja (Schalock idr., 2002). Schalock (1997), eden od ključnih raziskovalcev s področja kakovosti življenja oseb z motnjami v duševnem razvoju, opredeljuje kakovost življenja kot: »rezultat zadovoljitve posameznikovih osnovnih potreb in izpolnjevanja osnovnih dolžnosti v družbenem okolju (družina, šola, služba)«. Posamezniki, ki so sposobni zadovoljiti potrebe in izpolniti obveznosti na način, da zadovoljijo sebe in druge v njihovem okolju, doživljajo v takšnem okolju visoko stopnjo kakovosti življenja.

Kakovost življenja posameznika je torej težko opredeliti, ker se standardi in kriteriji, ki določajo kakovost življenja, razlikujejo od posameznika do posameznika. Vendar pa kljub temu obstajajo tudi skupne točke, ki opredeljujejo kakovost življenja (Schalock, 1990):

- Kakovost življenja je v samem bistvu enaka za osebe z motnjami ali brez motenj. Oboji imajo enake želje in potrebe. Oboji želijo izpolniti dolžnosti do družbe.
- Kakovost življenja je v osnovi socialni fenomen in v prvi vrsti rezultat interakcije z drugimi ljudmi.
- Kakovost življenja je rezultat posameznikovega zadovoljevanja osnovnih potreb in izpolnjevanja osnovnih dolžnosti v družbi (družina, šola, prosti čas, služba). Posamezniki, ki so sposobni zadovoljevati svoje potrebe in izpolnjevati dolžnosti na način, ki jih zadovoljuje in je istočasno sprejemljiv za družbeni okvir, dosežejo visoko kakovost življenja.
- Kakovost življenja je stvar, ki se na prvem mestu dotika posameznika in šele nato strokovne definicije. Vprašanja in problemi kakovosti življenja naj bodo opredeljeni s strani vsakdanjih ljudi in ne s strani strokovnjakov nekega področja. Po-

membno je namreč kako posameznik zaznava in ocenjuje svoje izkušnje in ne kako jih vidijo in ocenjujejo drugi.

Izhajajoč iz skupnih točk številnih raziskav, smo kakovost življenja opredelili kot razkorak med individualnimi željami, vrednotami, potrebami na eni strani in realnimi možnostmi v okolju na drugi. Kakovost življenja je tem večja, čim manjši je ta razkorak in tem manjša, čim večji je ta razkorak pri posamezniku. Lahko bi jo tudi zapisali z enačbo: kakovost življenja je razlika potreb, ciljev, želja in možnosti v okolju.

2 Metoda

2.1 Vzorec

V raziskavo sta bila vključena dva vzorca oseb – 81 odraslih oseb z zmerno motnjo v duševnem razvoju in 81 ocenjevalcev (starši oz. skrbniki ali strokovni delavci v instituciji).

2.2 Merski instrumentarij

Uporabljena sta bila dva anketna vprašalnika Lenartovega tipa. Zajemata osem področij: fizične potrebe (zdravje, mobilnost, higiena, osebni videz, fizične aktivnosti), čustvene potrebe (notranji mir, smisel življenja, verske aktivnosti, praznovanje praznikov, varnost), medsebojni odnosi (sorodniki, prijatelji, reševanje problemov, druženje s partnerjem, razumevanje s sodelavci), materialna preskrbljenost (bivalni pogoji, stvari, ki jih posedujejo, prehrana, žepnina, plača, oblačila in obutev), osebnostni razvoj (služba, izobraževanje, zaposlitev, gospodinjska dela, skrb zase, hobiji), samoodločanje (poraba denarja, izbira dela, dnevne aktivnosti, prosti čas, osnovne življenjske potrebe), socialna vključenost (družina, kulturne dejavnosti, odnos s sosedi, udeležba na družabnih prireditvah, obisk javnih ustanov), pravice (pravila, ki usmerjajo njihova življenja, zasebnost, svobodno izražanje, gibanje, uveljavljanje pravic). Vsako področje predstavlja pet vprašanj.

Prvi vprašalnik je namenjen odraslim osebam z zmerno motnjo v duševnem razvoju in ocenjuje njihove želje. Drugi pa je namenjen ocenjevalcem in nudi oceno objektivnih pogojev. Vprašalnika sta avtorsko prirejena glede na potrebe študije. V ta namen smo uporabili že obstoječa merska vprašalnika na tem področju: Quality of Life Questionnaire (Schalock in Keith, 1993), Quality of Life Instrument Package For Adults With Developmental Disabilities (Brown idr., 1997).

2.3 Postopek zbiranja podatkov

V sodelovanju z Zvezo Sonček – Zveza društev za cerebralno paralizo Slovenije, Varstveno delovnim centrom Tončke Hočevar ter Delovnim in zaposlitvenim centrom Janeza Levca, so bili pridobljeni posamezniki, starši oz. skrbniki, strokovni delavci, ki so sodelovali v raziskavi. Vprašalnik, ki je bil namenjen osebam z motnjami v duševnem razvoju, je izpolnil ob neposrednem kontaktu s posameznim respondentom testator. V raziskavi so sodelovale le osebe, ki so v to privolile. Njihovo sodelovanje in strinjanje so starši oz. skrbniki pisno potrdili. Starši, skrbniki in strokovni delavci so vprašalnik rešili sami.

2.4 Analize podatkov

Podatki so bili analizirani s programom SPSS. Narejena je bila deskriptivna statistika, katere rezultati dajejo osnovne informacije o spremenljivkah. Za testiranje razlik med skupinama je bila uporabljena enosmerna analiza variance – Levenov test homogenosti varianc. Za preverjanje statistične pomembnosti razlik med skupinama smo uporabili t-preizkus. Hipoteze so se preverjale na stopnji tveganja 0,05.

3 Rezultati

Tabela 1: Razlike kakovosti življenja doma in v instituciji ter pomembnost razlik

| kakovost življenja | institucija | | | | | | doma | | | | | |
|---------------------------|--|----------|----------|----------|-------------------|----------|-------|----------|----------|----------|-------------------|----------|
| | želje | | možnosti | | kakovost Δ | | želje | | možnosti | | kakovost Δ | |
| področja | M | σ | M | σ | M | σ | M | σ | M | σ | M | σ |
| fizične potrebe | 4,47 | 0,89 | 3,62 | 0,85 | 0,86 | 0,03 | 4,38 | 1,03 | 3,78 | 0,88 | 0,60 | 0,15 |
| | t = 0,902, signifikanca = 0,370, df = 79, SE = 0,199 | | | | | | | | | | | |
| materialna preskrbljenost | 4,42 | 0,89 | 3,59 | 0,85 | 0,83 | 0,04 | 4,15 | 3,03 | 3,83 | 0,87 | 0,33 | 2,16 |
| | t = 2,960, signifikanca = 0,004, df = 79, SE = 0,183 | | | | | | | | | | | |
| čustvene potrebe | 4,58 | 0,79 | 3,69 | 0,81 | 0,89 | -0,02 | 4,44 | 1,09 | 3,88 | 0,98 | 0,56 | 0,11 |
| | t = 0,619, signifikanca = 0,538, df = 79, SE = 0,208 | | | | | | | | | | | |
| pravice | 4,41 | 1,02 | 3,50 | 0,89 | 0,91 | 0,13 | 4,50 | 1,03 | 3,87 | 1,02 | 0,64 | 0,01 |
| | t = 0,772, signifikanca = 0,443, df = 79, SE = 0,227 | | | | | | | | | | | |
| samoodločanje | 4,63 | 0,76 | 3,41 | 0,99 | 1,21 | -0,23 | 4,59 | 0,91 | 3,72 | 0,87 | 0,86 | 0,04 |
| | t = 0,997, signifikanca = 0,322, df = 79, SE = 0,217 | | | | | | | | | | | |
| osebnostni razvoj | 4,40 | 1,01 | 3,16 | 1,01 | 1,25 | 0,01 | 4,42 | 0,97 | 3,17 | 0,99 | 1,25 | -0,02 |
| | t = - 0,179, signifikanca = 0,858, df = 79, SE = 0,232 | | | | | | | | | | | |
| medsebojni odnosi | 4,22 | 1,11 | 3,66 | 0,88 | 0,56 | 0,23 | 4,55 | 0,88 | 3,64 | 0,83 | 0,91 | 0,04 |
| | t = -1,803, signifikanca = 0,039, df = 79, SE = 0,194 | | | | | | | | | | | |
| socialna vključenost | 4,16 | 1,12 | 3,53 | 0,91 | 0,63 | 0,20 | 4,12 | 1,34 | 3,85 | 0,88 | 0,27 | 0,46 |
| | t = 1,398, signifikanca = 0,166, df = 79, SE = 0,234 | | | | | | | | | | | |

Globalni rezultati primerjanja povprečja ocen želja po posameznih področjih kažejo, da so v instituciji bolj zaželeni spremenljivke: materialna preskrbljenost, čustvene ter fizične potrebe kot doma. Doma pa so bolj kot v instituciji zaželeni medsebojni odnosi. Ostale želje so zelo podobne. Glede na oceno objektivnega okolja, v katerem osebe z motnjo v duševnem razvoju bivajo, je iz tabele razvidno, da obe skupini ocenjevalcev visoko ocenjujeta področji materialne preskrbljenosti in čustvenih potreb, nizko pa osebostni razvoj. Doma obstajajo boljši pogoji za realizacijo pravic in socialne vključenosti, ostale možnosti pa so zelo podobne.

Analiza rezultatov v tabeli prikazuje razlike v kakovosti življenja med skupino OMDR, ki bivajo doma in tistimi, ki bivajo v instituciji. Kakovost življenja je pri večini področij (fizične potrebe, materialna preskrbljenost, čustvene potrebe, pravice, samoodločanje, socialna vključenost) večja pri skupini, ki biva doma v primerjavi s skupino, ki biva v instituciji. Na področju medsebojnih odnosov se je kakovost življenja izkazala večja pri skupini oseb, ki bivajo v instituciji, kot pri tistih, ki bivajo doma. S področja osebnostnega razvoja pa ni razlike v kakovosti življenja med skupinama.

Statistično pomembne razlike v kakovosti življenja med skupino oseb, ki bivajo doma, in tistimi, ki bivajo v instituciji, so se pokazale na področju medsebojnih odnosov in materialne preskrbljenosti.

4 Razprava

Namen študije je raziskati kakovost življenja odraslih oseb z zmerno motnjo v duševnem razvoju, ki bivajo v institucionalni obliki in oseb, ki bivajo doma. Kakovost življenja oseb z motnjami v duševnem razvoju ne moremo pojasniti z enostavnim vprašanjem: »Kako ste zadovoljni s svojim življenjem?« Postaviti moramo vprašanja, ali se njihove želje ujemajo z možnostmi, ki jih dano okolje nudi. Kakovost življenja predstavlja razliko v oceni želja odrasle osebe z zmerno motnjo v duševnem razvoju in oceno možnosti za zadovoljitev le-te v danem okolju. Boljšo kakovost življenja doma opredeljujejo razmeroma skromna pričakovanja in relativno dobre, sicer zelo raznolike možnosti za njihovo zadovoljevanje. Slabšo kakovost v instituciji pa opredeljujejo višje aspiracije OMDR, katerih institucija upravičeno ali neupravičeno ne more zagotavljati.

Morda pogoji v domačem okolju oblikujejo drugačno osebnostno strukturo, ki se kaže v večji skromnosti, strpnosti in manjših željah, od strukture tistih, ki bivajo v instituciji. Slednji so v raziskavi zelo jasno in odločno pokazali, da si želijo več od ponujenih možnosti v okolju.

Kljub podobno skromnim željam obeh skupin, so se možnosti realizacije socialne vključenosti izkazale boljše doma kot v instituciji. Potencial urbanega okolja ostaja institucijam pretežno neizkoriščen kljub dejstvu, da glavno mesto, kjer je bila raziskava tudi izvedena, ponuja pestro paleto kulturnih dogodkov in prireditev.

OMDR so vse bolj ozaveščeni o pravicah (svoboda izražanja, svoboda gibanja, pravica do zasebnosti) in uveljavljanju le-teh. Domače okolje je bolj osredotočeno na zadovoljevanje individualnih potreb posameznika kot institucija, ki daje prednost skupini, kjer je kompromis sestavni del vodenja skupine; kar pa ne sme biti razlog, da se prezrejo posameznikove pravice.

V prihodnjih letih obstaja nevarnost, da napovedana zdravstvena reforma omeji zdravstveno varstvo OMDR, kar bi imelo zelo slab vpliv na kakovost njihovega življenja. Če bo do tega prišlo, bo to bolj prizadelo skupino oseb, ki biva v instituciji kot tiste, ki bivajo doma, saj se bodo slednji še vedno lahko posluževali plačljivih zdravstvenih storitev.

Zaskrbljujoči so rezultati raziskave, ki so pokazali na slabo zadovoljevanje področja osebnostnega razvoja tako doma kot v instituciji. Vzroke lahko pripisujemo pomanjkanju finančnih sredstev in neustreznim stališčem, ki jih ima družba do OMDR. Dostopnost do vseživljenjskega učenja, izobraževanja, zaposlitve, gospodinjskih del, skrbi zase, hobijev bi morala biti za vse državljane enaka.

Statistično pomembne razlike v kakovosti življenja med skupino oseb, ki bivajo doma, in tistimi, ki bivajo v instituciji, so se pokazale le na področjih medsebojnih odnosov in materialne preskrbljenosti. Kljub dejstvu, da so se materialni pogoji v posameznih institucijah v zadnjih letih izboljšali, je njihova ponudba še vedno omejena glede na želje in potrebe stanovalcev. Institucije bi morale bolj prislusniti individualnim željam OMDR in jim zagotoviti boljše pogoje glede bivalnih možnosti, prehrane, žepnine, oblačil, obutve in ostalih stvari, ki jih posedujejo. V domačem okolju je ponudba materialnih pogojev širša, kljub skromnejšim potrebam OMDR. Kakovost življenja na področju medsebojnih odnosov pa je večja v institucionalni obliki bivanja, saj je krog ljudi (stanovalci, zaposleni, prostovoljci ...), s katerimi lahko posameznik razvije odnose, širši. Socialna mreža v domačem okolju je ožja, pogosto omejena le na krog domačih. Visokim željam OMDR domače okolje ne ponuja ustreznih možnosti. Družine bi se lahko povezale s posameznimi nevladnimi organizacijami (npr. društvi v lokalnih skupnostih) in tako postopno širile socialno mrežo.

Sodelujoči v raziskavi, ki živijo s svojimi družinami, poznajo le eno obliko bivanja. Morda se strah pred prihodnostjo, starostjo in spremembami v življenju kaže v nižjih željah in potrebah ter lažjem zadovoljevanju le-teh. Ujeti so v okvir, v katerem so zadovoljni in si ne želijo sprememb. Za mnoge predstavlja institucionalna oblika bivanja strah pred izgubo svobode.

Razlogi za namestitev OMDR v institucionalno oskrbo so najrazličnejši. Pri nekaterih je upad osnovnih življenjskih pogojev in posledično tudi kakovosti življenja tako velik, da je namestitev v instituciji nujna. Iz tega lahko sklepamo, da v domači oskrbi ostajajo posamezniki, ki jim svojci lahko nudijo višjo kakovost življenja, kot jo imajo njihovi vrstniki v instituciji. Statistični rezultati raziskave omenjeno dejstvo tudi potrjujejo.

LITERATURA

1. Brown, I., Renwick, R. in Raphael, D. (1997). *Quality of Life Instrument Package For Adults With Developmental Disabilities*. Toronto: Center for Health Promotion, University of Toronto.
2. Novljan, E. in Jelenc, D. (2002). *Starostnik z motnjami v duševnem razvoju*. Ljubljana: Zveza Sožitje.
3. Schalock, R. L. (1997). *Quality of life (Volume II). Perspectives and issues*. Washington: AAMR.
4. Schalock, R. (1990). *Quality of life*. Washington: AAMR.
5. Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, A., Keith, D., Permenter, T. idr. (2002). *Conceptualisation, measurement and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Report of international panel of experts*. American Association on Mental Retardation, 40 (6), 457–470.
6. Schalock, R. L. in Keith, K. D. (1993). *Quality of life questionnaire*. Ohio: IDS Publishers.

Jezikovne ovire v zdravstvu

UDK 614.2:81'27

KLJUČNE BESEDE: jezik, jezikovne ovire, zdravstvo, pacient

POVZETEK - Razumevanje, kako zmanjšati jezikovne ovire, postaja vse bolj pomembno za ponudnike zdravstvenih storitev po vsem svetu. Jezikovne ovire negativno vplivajo na paciente pri njihovem dostopu do zdravstvenih storitev, razumevanje in spoštovanje, kakovost oskrbe ter zadovoljstvo pacientov in ponudnikov. Cilj prispevka je opisati stanje na področju znanstvene literature o jezikovnih ovirah. Pregledali smo znanstveno literaturo o jezikovnih ovirah v zdravstvu in izvedli presečno analizo s tabeliranjem frekvenc geografske lokacije, jezikovne skupine, uporabljene metodologije, poudarka in posebnosti raziskave ter primerjali literaturo. V zadnjih letih se je povečalo zanimanje za proučevanje teme z vidika ponudnikov namesto ali poleg vidika pacientov. Izvedeno je bilo precej raziskav o jezikovnih ovirah v zdravstvu. Večina novejših raziskav je osredotočena na ovire pri dostopu do zdravstvenih storitev, izvedene so bile primerjalne študije, prakse tolmačenja, dosežki in zadovoljstvo pacientov. Potrebne so dodatne raziskave, ki bi pokazale, ali jezikovne ovire vplivajo na zdravje pacientov in zagotovile dokaze za prakse zmanjšanja jezikovnih ovir ter oceno stroškovne učinkovitosti zagotavljanja jezikovne pomoči pacientom z jezikovnimi ovirami.

UDC 614.2:81'27

KEY WORDS: language, language barriers, health care, patient

ABSTRACT - Understanding how to mitigate language barriers is becoming increasingly important for health care providers around the world. Language barriers adversely affect patients in their access to health services, understanding and respect, quality of care, and patient and provider satisfaction. The objectives of this paper are to describe the state of the existing literature on language barriers. We reviewed the research literature on language barriers in health care and conducted a cross sectional analysis by tabulating frequencies of geographic location, language groups, methodology, research focus and specificities, as well as literature comparison. In the last years, there has been an increased interest in studying the providers' perspective instead of, or in addition to the patients' perspective. A substantial amount of research on language barriers in the healthcare setting has been performed. The majority of this more recent research has focused on access barriers, comparison studies, interpreting practices, outcomes, and patient satisfaction. More research is needed to elaborate on whether language barriers influence patients' health, to provide evidence for interventions for overcoming language barriers, and to assess the cost effectiveness of providing language concordant care to patients with language barriers.

1 Uvod

V zadnjih desetletjih se je povečalo zanimanje znanstvenikov in zdravstvenih delavcev za pomen učinkovite komunikacije. Skupaj z ustrežno neverbalno komunikacijo je pomembna pravilna raba besed in uglasenost s kulturno sprejemljivim vljudnostnim izrazoslovjem.

Za našo kulturo je vikanje, stisk roke in očesni stik izraz spoštovanja sogovornika, pri drugih kulturah pa za izkazovanje spoštovanja veljajo drugačne norme. Na primer, v angleško govorečih državah je v zvezi z uporabo verbalne komunikacije oziroma besed za učinkovito komunikacijo v zdravstvu obvezna uporaba besed »prosim« v stiku z bolniki, uporaba določenih modalnih glagolov, ki izražajo vljudnost, postavljanje odprtih in t. i. »indirect questions« oziroma indirektnih vprašanj, ki kažejo sogovor-

niku, da je slišan in ponujajo čas za razmislek. Istočasno pa je ključno, da zdravstveni delavci pri komunikaciji z bolnikom ne uporabljajo kratic («medical abbreviations»), nerazumljivih strokovnih terminov in določenih pridevnikov ter besednih zvez, ki imajo negativno konotacijo (npr. namesto »Your health status is bad.« se uporabi »Your health status is not quite good.«) ipd. (Lee, 2011).

Dostop do zdravstvenega osebja je ena od osnovnih situacij, s katerimi se srečajo s težavami v komunikaciji osebe, ki ne govorijo slovenskega jezika. Slovenija je bila do nedavnega etnično dokaj homogena država, zadnja leta pa se stanje korenito spreminja. V Sloveniji ne govorijo slovensko samo turisti in drugi priložnostni obiskovalci Slovenije, temveč tudi pripadniki določenih etničnih skupin, ki so državljani republike Slovenije, tujci med začasnim ali stalnim bivanjem v Sloveniji, begunci, prosilci za azil in azilanti.

Delež tujcev, ki ne govorijo angleščine ali drugega svetovnega jezika, se je v zadnjih letih znatno povečal. Če lahko predvidevamo, da večina zdravnikov govori enega od tujih jezikov, pa to ne velja v enaki meri za medicinsko osebje, zaposleno na sprejemnih mestih za bolnike. Bolniki tako ob prvem stiku niso razumljeni niti če govorijo npr. angleško, kontakt po telefonu pa je onemogočen. Na ljubljanski urgenci so ob prvem navalu azilantov spomladi 2016 poročali, da azilanti po urgenci tavajo brez spremstva ali tolmača, sporazumevanje z njimi pa je zaradi nepoznavanja jezika skoraj nemogoče (Azilanti tavajo po urgenci brez tolmača, 2016).

V Sloveniji ne obstaja organizirana služba prevajalstva v zdravstvu. Tolmačenje v zdravstvu je urejeno predvsem z improvizacijo in dobro voljo udeleženih (Morel, 2009). Zato se poraja vprašanje o (ne)uspešnosti komuniciranja oziroma jezikovnih ovirah v zdravstvu.

Razumevanje, kako ublažiti jezikovne ovire postaja vse bolj pomembno za ponudnike zdravstvenih storitev po vsem svetu. Cilj tega prispevka je bil opisati stanje na področju znanstvene literature o jezikovnih ovirah. Pregledali smo znanstveno literaturo o jezikovnih ovirah v zdravstveni negi in izvedli presečno analizo s frekvencami geografske lokacije izvedbe raziskave, jezikovni skupin, uporabljenih tem in metodologije.

2 Teoretična izhodišča

Države po vsem svetu se srečujejo s priseljenci. Na primer, v Evropi, Kanadi, ZDA in Avstraliji je vedno večje število priseljencev in bolnikov, ki ne govorijo jezika, prevladujoče uporabljenega v sistemu zdravstvenega varstva (Australian Government, 2016; Schwein idr., 2016). Jezikovne ovire so velik problem v ZDA, na kar vpliva naraščajoči del prebivalstva z omejenim znanjem angleščine (Schwein idr., 2016).

Jezikovne ovire močno vplivajo na kakovost oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva po vsem svetu (Murray, Windsor, Parker in Tewfik, 2010; Ou, Chen in Hillmann, 2010; Poursalami idr., 2010; Puthussery, Twamley, Macfarlane, Harding in Baron, 2010; Sokal, 2010). Raziskave kažejo, da jezikovne ovire negativno vplivajo na bolnike na področju dostopa do zdravstvenih storitev (Jacobs, Chen, Karliner, Agger - Gup-

ta in Mutha, 2006; Pippins, Alegria in Haas, 2007), razumevanja in upoštevanja navodil (Cheng, Chen in Cunningham, 2007; Jacobs idr., 2006), kakovosti oskrbe (Cohen, Rivara, Marcuse, McPhillips in Davis, 2005; Diamond, Schenker, Curry, Bradley in Fernandez, 2009) ter zadovoljstva bolnika in ponudnika (Baker, Parker, Williams, Coates in Pitkin, 1996; Jacobs idr., 2006).

Bolniki, ki so pripadniki etničnih manjšin, pogosto iščejo zdravnika, ki govori njihov jezik ali enostavno želijo prejeti zdravstveno oskrbo od nekoga, ki pozna njihovo kulturo (Karliner, Perez - Stable in Gildengorin, 2004). Raziskava o tem, kako so bolniki z bolečino, ki niso govorili zdravnikovega jezika, upoštevali navodila zdravnikov, je pokazala, da bolniki običajno niso upoštevali zdravnikovih navodil o uporabi analgetikov, ker jih niso razumeli (Karliner idr., 2004). V takih primerih je vloga tolmača, ki zagotavlja kakovosten prevod, izjemno pomembna. Običajno to vlogo prevzemajo sorodniki, čeprav je pomembno, da se vključi strokovni prevajalec in ne sorodnik ali drugi član skupnosti, saj ti pogosto z dobrim namenom spremenijo pomen zdravnikovih besed, da bolniku prikažejo »lepšo sliko« (Rifel in Car, 2004). Zdravnica Belec (2004) poroča, da se v Sloveniji srečujemo z neizvežbanimi tolmači, ki so običajno družinski člani bolnika. Petek (2004) opozarja, da vključitev tolmača prinaša tudi nekaj težav, kot je nedostopnost tolmačev, saj ti pokrivajo jezike največjih etničnih skupin, delovni čas tolmača, saj običajno delajo le redni delovni čas, potrebe po njihovih storitvah pa obstajajo tudi izven delovnega časa, v nekaterih etničnih skupinah je za ženske bolnice prisotnost tolmača nesprejemljiva.

3 Metoda

Pregledali smo literaturo, ki se osredotoča na jezikovne ovire in zdravje od leta 2006 do leta 2016 in nato pa izvedli presečno analizo s frekvencami geografske lokacije, jezikovne skupine, uporabljenih tem in metodologije.

Vsi vključeni članki so morali biti objavljeni v angleščini in se osredotočati na jezikovne ovire v zdravstvu ter vsebovati izvirne raziskave, ki so v celoti dostopne. Članke smo iskali MEDLINE/PubMed, CINAHL s termini, kot so jezikovne ovire komunikacijske ovire, večjezičnost, prevajanje in tolmači.

4 Rezultati

Naša merila vključenosti je med leti 2008 do 2016 izpolnjevalo 127 člankov. Raziskovalci iz ZDA so objavili večino raziskav o jezikovnih ovirah, sledijo jim raziskovalci iz Avstralije, Kanade in Velike Britanije (Tabela 1).

Analizirani članki so najpogosteje proučevali uporabo jezikovnih praks v zdravstvu (30 %), npr. kakšna je uporaba neposrednih strokovnih tolmačev, prevajanja po telefonu ali s pomočjo računalnika ipd. Na drugem mestu (27 %) so članki, ki vključujejo raziskave o odnosu med jezikom in rezultati zdravljenja, vključno z oskrbo in zdravstvenim

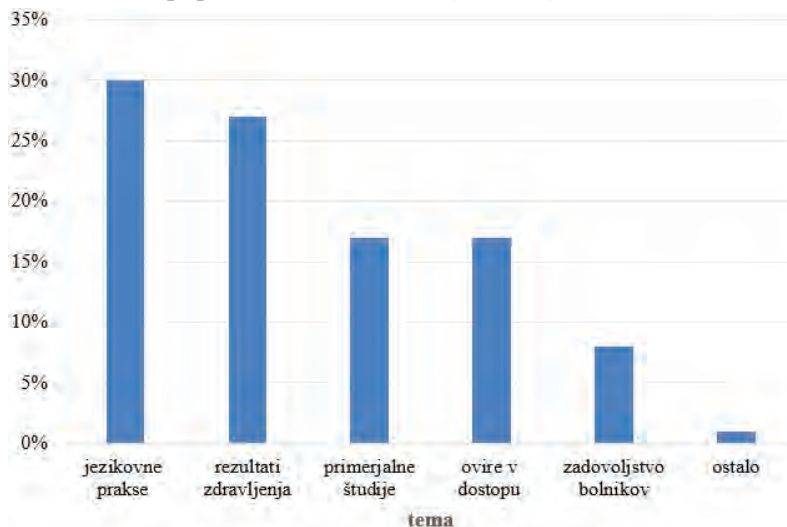
stanjem bolnika. Na tretjem mestu so članki s primerjalnimi študijami (17 %), ki so primerjale bolnike z dobrim znanjem jezika, ki se uporablja v zdravstvenem sistemu, z bolniki s slabšim znanjem jezika. Na četrtem mestu so članki o ovirah v dostopu (17 %) oziroma članki, ki opisujejo jezik kot oviro za izvedbo zdravstvene oskrbe, in na petem mestu (8 %) so članki o zadovoljstvu bolnikov z uporabljenimi komunikacijami. Objavljeni so tudi članki (1 %), ki namenjajo pozornost proučevanju jezikovnih ovir in etiki, načina odločanja v zdravstvu, iskanju informacij o zdravju, instrumentih za razvoj zdravstva in zadovoljstvu ponudnika zdravstvenih storitev (Graf 1).

Tabela 1: Geografske lokacije izvedenih raziskav o jezikovnih ovirah (2007-2017)

| <i>Država</i> | <i>Delež raziskav</i> |
|------------------|-----------------------|
| ZDA | 64 % |
| Velika Britanija | 8 % |
| Kanada | 8 % |
| Avstralija | 6 % |
| Druge* | 14 % |

Druge države: Avstrija, Belgija, Čile, Egipt, Nemčija, Grčija, Indija, Irska, Izrael, Italija, Japonska, Kuvajt, Mehika, Nova Zelandija, Nigerija, Norveška, Papuo Nova Gvineja, Saudska Arabija, Singapurja, Južna Afrika, Španija, Švedska, Švica, Tajska in Nizozemska

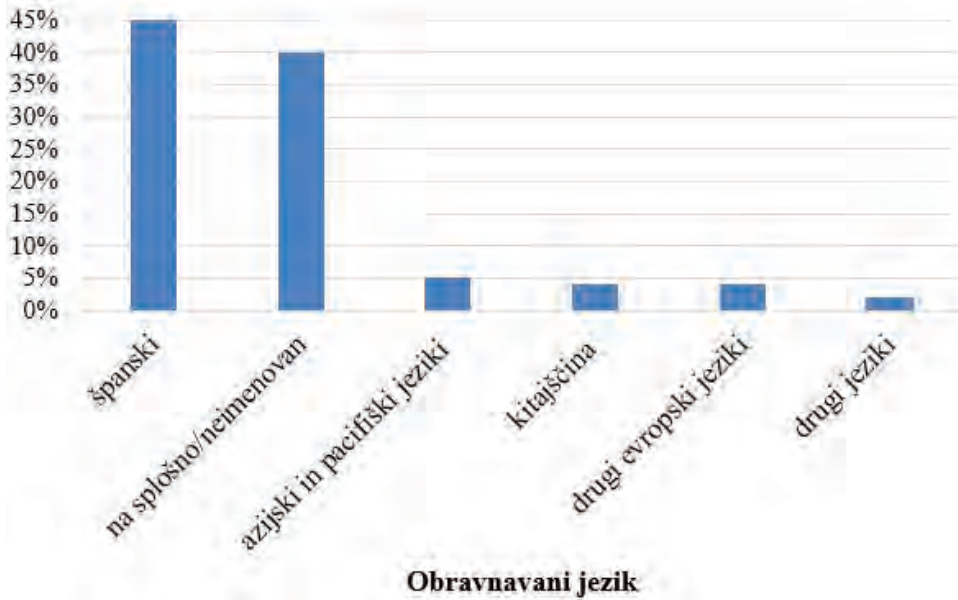
Graf 1: Tematski sklopi proučevanih člankov (N = 127)



Vir: Analiza člankov, 2017.

Kot kaže graf 2, je največ člankov proučevalo uporabo španskega jezika (45 %), na drugem mestu (40 %) so znanstveni članki, ki so na splošno obravnavali jezik bolnikov oziroma jezik v člankih ni bil imenovan. Sledijo članki, ki so obravnavali uporabo različnih azijskih in pacifiških jezikov (5 %), kitajščino (4 %), druge evropske jezike (4 %) in druge jezike (2 %), kot so hebrejski, somalijski, arabski, aboridžinski jeziki.

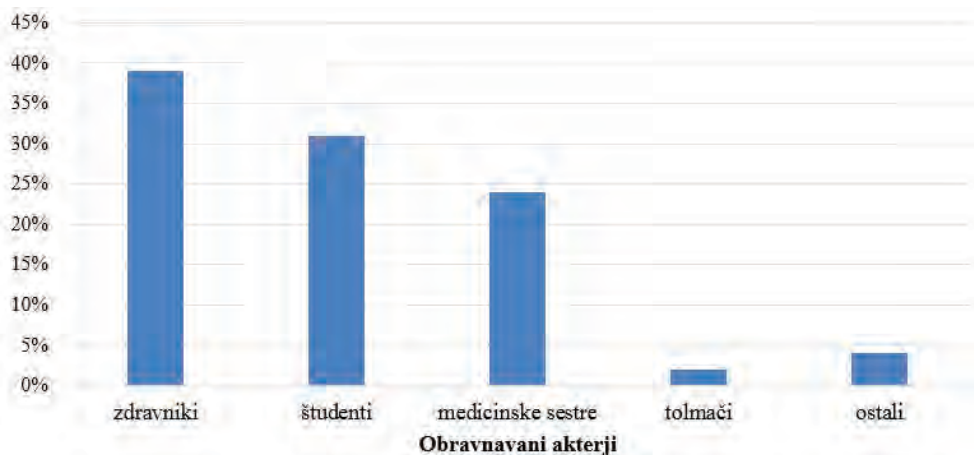
Graf 2: Obravnavani jeziki v analiziranih člankih (N = 127)



Vir: Analiza člankov, 2017.

Analizirani članki so obravnavali različne zdravstvene delavce. Najpogosteje so članki predstavljali raziskave, ki so obravnavale zdravnike (39 %), študente (31 %) in medicinske sestre (24 %). Sledijo jim članki, ki so obravnavali tolmače (2 %), učitelje zdravstvene nege, farmacevte, fizioterapevte in socialne delavce (1 %).

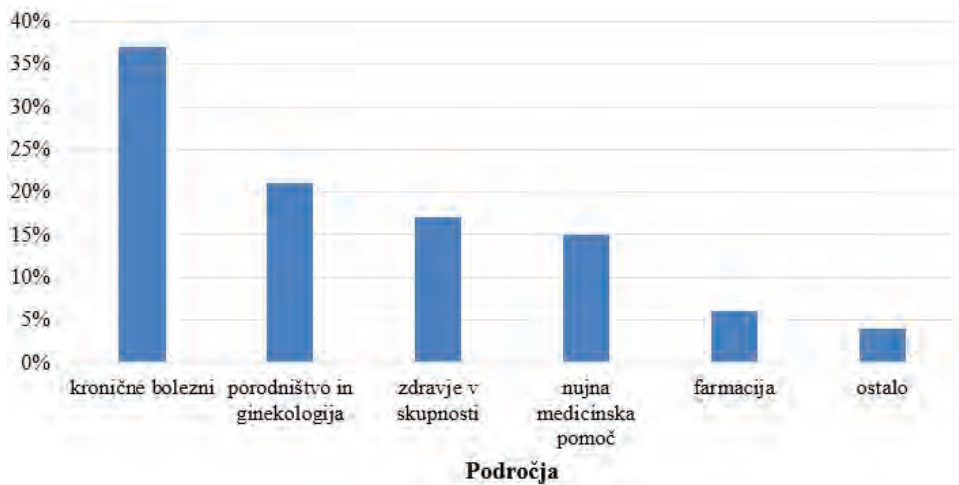
Graf 3: Obravnavani akterji v analiziranih člankih (N = 127)



Vir: Analiza člankov, 2017.

V zadnjih letih se je povečano število raziskav, ki so proučevale jezikovne ovire na področju kroničnih bolezni (41 %) in zdravja v skupnosti (18 %), zmanjšalo pa se je število raziskav na področju porodništva in ginekologije (21 %). Ugotovili smo tudi, da se povečuje delež člankov, ki obravnavajo jezikovne ovire v farmaciji (3 %) in nujni medicinski pomoči (17 %).

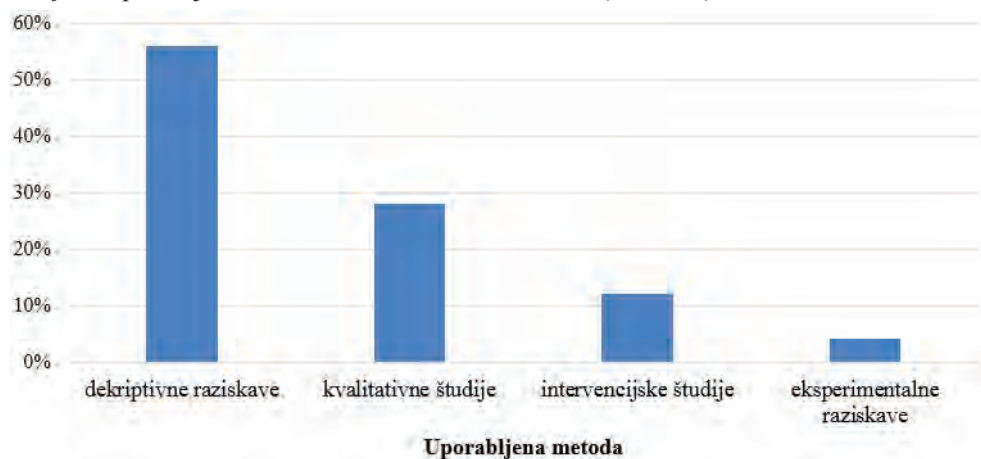
Graf 4: Področja dela v analiziranih člankih (N = 127)



Vir: Analiza člankov, 2017.

Študija kaže, da je večina analiziranih člankov predstavljala raziskave, ki so temeljili na kvantitativnih deskriptivnih metodah (56 %), le 12 % člankov je predstavljalo rezultate intervencijskih študij. V zadnjih letih narašča obseg kvalitativnih študij (28 %).

Graf 5: Uporabljene metode v analiziranih člankih (N = 127)



Vir: Analiza člankov, 2017.

5 Razprava

Povečano priseljevanje v ZDA, Kanado, Veliko Britanijo, Evropo in Avstralijo je prispevalo k splošnemu povečanju člankov o jezikovnih ovirah po svetu.

Večina študij je izvedenih v ZDA, ki se zaradi povečanja priseljencev sooča z velikim problemom jezikovnih ovir v zdravstvu, obenem pa imajo večji obseg raziskovalnih sredstev za tovrstne raziskave v primerjavi z drugimi državami.

Rezultati kažejo, da se je povečala raznolikost v obravnavi zdravstvenih delavcev. Večina člankov še vedno temelji na zdravniški perspektivi, toda vedno več je člankov, ki vključujejo perspektivo medicinskih sester. Nadaljnje raziskave pa bi morale ugotoviti, kako jezikovne ovire med medicinskimi sestrami in bolniki z omejenim znanjem jezika zdravstvene oskrbe vplivajo na zdravstveno stanje teh bolnikov. Ta odnos je bil dobro proučevan le z zdravniške perspektive.

Rezultati kažejo na pomanjkanje raziskav na področju vloge izobraževanja na področju zmanjšanja jezikovnih ovir.

Prispevek tudi kaže, da študije dokazujejo učinkovitost intervencij za omejevanje jezikovnih ovir. Ne obstaja pa poglobljena študija, ki bi omogočila vpogled v učinkovitost različnih intervencij za omejevanje jezikovnih ovir v zdravstvu, saj obstaja relativno omejena možnost financiranja intervencijskih študij, ki so običajno drage in vključujejo večje tveganje kot druge vrste raziskav na tem področju.

Ker se sestava prebivalstva tudi v Sloveniji spreminja, se tudi potrebe po uporabi jezika v zdravstvu spreminjajo. Zato je potrebno opredeliti vlogo tolmačev v zdravstvu s pomočjo sodobne informacijske in komunikacijske tehnologije, da ta ne bo prepuščena improvizaciji in angažiranosti posameznikov. Tudi tolmači, ki delajo na področju zdravstva, se morajo večinoma znajti sami, saj to delo opravljajo v svojem prostem času in le redki so del organizirane tolmaške družbe (Morel, 2009).

LITERATURA

1. Australian Government (2016). Australia's Migration Trends 14-15 at a Glance. Pridobljeno 3. 10. 2017, s <https://www.border.gov.au/ReportsandPublications/Documents/statistics/migration-trends-14-15-glance.pdf>.
2. Azilanti tavajo po urgenci brez tolmača (10. 3. 2016). Delo. Pridobljeno 3. 10. 2017, s <http://www.delo.si/novice/slovenija/sefic-v-slovenijo-bo-premescenih-567-beguncev.html>.
3. Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., Coates, W. C. in Pitkin, K. (1996). Use and effectiveness of interpreters in an emergency department. *JAMA*, 275, 783–788.
4. Cheng, E. M., Chen, A. in Cunningham, W. (2007). Primary language and receipt of recommended health care among Hispanics in the United States. *J. Gen. Intern. Med.*, 22 (2), 283–288.
5. Cohen, A. L., Rivara, F., Marcuse, E. K., McPhillips, H. in Davis, R. (2005). Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients? *Pediatrics*, 116 (3), 575–579.
6. Diamond, L. C., Schenker, Y., Curry, L., Bradley, E. H. in Fernandez, A. (2009). Getting by: underuse of interpreters by resident physicians. *J. Gen. Intern. Med.*, 24 (2), 256–262.
7. Jacobs, E., Chen, A. H., Karliner, L. S., Agger - Gupta, N. in Mutha, S. (2006). The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda. *Milbank Q.*, 84 (1), 111–133.

8. Karliner, L. S., Perez - Stable, E. J. in Gildengorin, G. (2004). The language divide *J Gen Intern Med*, 19 (2), 175–183.
9. Lee, H. (2011). Nurses' question and explanation strategies for effective communication with cancer patients. *Journal of the Korean Academy of Fundamental Nursing*, 18 (2), 247–257.
10. Morel, A. (2009). *Komunikacija s pacientom v večjezični družbi: Tolmačenje v zdravstvu v Sloveniji* (Magistrsko delo). Ljubljana: UL Filozofska fakulteta.
11. Murray, L., Windsor, C., Parker, E. in Tewfik, O. (2010). The experiences of African women giving birth in Brisbane, Australia. *Health Care Women Int.*, 31 (5), 458–472.
12. Ou, L., Chen, J. in Hillmann, K. (2010). 2010. Health services utilisation disparities between English speaking and non-English speaking background Australian infants. *BMC Public Health* 10, 182.
13. Petek, D. (2004). Premagovanje jezikovnih ovir. V J. Kersnik (ur.), *Družinska medicina na stičišču kultur* (str. 27–33). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
14. Pippins, J. R., Alegria, M. in Haas, J. S. (2007). Association between language proficiency and the quality of primary care among a national sample of insured Latinos. *Med. Care* 45 (11), 1020–1025.
15. Puthussery, S., Twamley, K., Macfarlane, A., Harding, S. in Baron, M. (2010). 'You need that loving tender care': maternity care experiences and expectations of ethnic minority women born in the United Kingdom. *J. Health Serv. Res. Policy*, 15 (3), 156–162.
16. Rifel, J. in Car, J. (2004). Načela zdravstvene oskrbe ljudi iz drugih kultur. V J. Kersnik (ur.), *Družinska medicina na stičišču kultur* (str. 1–12). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
17. Schwein, R. J., Del Pozo, S., Agger - Gupta, N., Alvarado - Little, W., Bagchi, A., Hm Chen, A., Diamond, L., Gany, F., Wong, D. in Jacobs, E. A. (2016). Changes in research on language barriers in health care since 2003: A cross-sectional review study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 36–44.
18. Sokal, R. (2010). A critical review of the literature on the uptake of cervical and breast screening in British South Asian women. *Qual. Primary Care*, 18 (4), 251–261.

Euthanasia

UDC 179.7:061.1EU

KEY WORDS: euthanasia, research, arguments, proponent, opponent

ABSTRACT - During our lives, each of us meets death and faces the question of their own death at a certain point. The issue of dying is extremely sensitive to every human being and it is not easy to talk about it. Most people are afraid of the circumstances under which they would die. Euthanasia is a deliberate way to end the life of an incurably ill patient by physician upon the patient's own request. For laypersons, it is considered ending a life of a suffering person out of mercy. It is one of the most controversial and up-to-date topics nowadays. Although science is developing rapidly, there are diseases that cannot be healed. Patients with these illnesses are usually either confined to bed and dependent on the help of other people, or their life is accompanied by many painkillers. The paper deals with the issue of euthanasia. The opening part of the paper is devoted to the definition of euthanasia, its history, and situation in particular countries of the European Union. Arguments for and against euthanasia are listed. In the empirical part of the paper, the results of the research, which was realised among non-professional public and healthcare professionals from the District Trebič Hospital, are presented. The aim was to determine the opinion of laypersons and healthcare professionals regarding different fields of the euthanasia issue, and the evolution of the approach towards euthanasia developed throughout the years of experience.

UDK 179.7:061.1EU

KLJUČNE BESEDE: evtanazija, raziskava, argumenti, zagovornik, nasprotnik

POVZETEK - V teku življenja se vsak izmed nas sreča s smrtjo in v določenem trenutku se vsak posameznik sooči z vprašanjem lastne smrti. Vprašanje smrti je izjemno občutljivo za vsakogar in ni enostavno o tem govoriti. Večina ljudi se boji okoliščin, v katerih bi umrli. Evtanazija je namerno končanje življenja neozdravljivih bolnikov, ki ga izvrši zdravnik na bolnikovo zahtevo. Za laike je evtanazija končanje trpljenja človeka iz usmiljenja. Evtanazija je ena najbolj spornih in aktualnih tem v današnjem času. Čeprav znanost hitro napreduje, obstajajo bolezni, ki so neozdravljive. Bolniki s tovrstnimi boleznimi so bodisi vezani na posteljo in odvisni od pomoči drugih, ali pa jih spremlja veliko število zdravil proti bolečinam. Prispevek obravnava vprašanje evtanazije. Uvodni del predstavi definicijo evtanazije, njeno zgodovino in položaj zlasti v državah Evropske unije. Navaja tudi argumente za in proti evtanaziji. Empirični del prispevka pa predstavi rezultate raziskave, ki je bila izvedena med laiki in osebje bolnišnice v okrožju Trebiča. Cilj je ugotoviti mnenje laikov in zdravstvenega osebja glede različnih področij vprašanja evtanazije in opredeliti razvoj pristopa k evtanaziji, razvitega na podlagi dolgoletnih izkušenj.

1 Introduction

During our lives, each of us meets death and faces the question of their own death at a certain point. The issue of dying is extremely sensitive to every human being and it is not easy to talk about it. Most people are afraid of the circumstances under which they would die. Euthanasia is a deliberate way to end the life of an incurably ill patient by physician upon the patient's own request. It is legal in several countries around the world, and each country has its specific laws governing euthanasia. The majority of patients who would consider euthanasia are patients with cancer receiving treatment regimens, whose incidence is constantly growing. Since it is a controversial topic, it is interesting for research, especially to determine the opinions of the general public and

health professionals, and to compare them. Euthanasia is primarily an ethical problem, and it is perceived differently by each person.

The goal of this project is to find out the view people in the Czech Republic have on euthanasia, as well as if they would agree with the potential legalization.

2 Definition and history of euthanasia

The word “euthanasia” originally meant a good, beautiful, or easy death. It is little known fact that in ancient Greece, a doctor who found out that nothing more can help a patient, and that death was expected, refused to further treat such a person. Therefore, it is necessary to precisely specify the individual forms of euthanasia with regard to historical context (Haškovcová, 2007).

Active euthanasia means acting on the request of a person suffering from a serious condition and an incurable disease that causes death. Mostly, the acting person is thought to be the doctor who does the act of euthanasia.

Indirect euthanasia is the administration of suppressive medications to a patient who is about to die in the near future, having predictable side effects, but the unintended acceleration of his death.

Assisted suicide means providing means for causing death at the request of a person who wishes to die. Mostly these means, or “instruction for liberation”, are provided by a doctor, but the doctor does not administer the means by himself.

Passive euthanasia is a targeted renunciation of the indicated treatment for a dying, suffering patient. From the medical point of view, it occurs when someone lets a person die. Passive euthanasia may take several forms: disagreement with treatment, withdrawing the treatment or withdrawing the treatment with the consent due to the presence of another disease, of which treatment is not determined. In this case, death of the patient is precipitated by not initiating the necessary treatment or by interrupting it (Pollard, 1996).

2.1 Legislation of euthanasia in the Czech Republic and the European Union

There is no doubt that the focus of the euthanasia issue is mainly put on its ethical nature. The arguments for or against its enactment are mostly not dependant on any law.

Assisted suicide - An example is to keep a lethal dose of poison or some medication close to the patient. All these cases are solved in Czech law § 144 – participation on the suicide of Act No. 40/2009 Coll. of the Penal Code, as amended, stating that anyone who persuades somebody to commit a suicide or helps to commit a suicide, will be punished for an attempted suicide.

Active (direct) euthanasia - The same thing is true in the requested euthanasia. Criminal Law does not contain any privileged fact regarding killing upon the request and out of compassion.

Indirect euthanasia and its impunity - This form of euthanasia represents the condition of the patient, in which the administration of higher doses of pain relief products causes death. In assessing impunity, it is possible, in accordance with the provisions of Section 28 on the extreme urgency of the Criminal Code, to assess the conduct of the injured (patient) with medical intervention (in accordance with Section 30, paragraph 3) (Císařová in Sovová, 2004).

States where active euthanasia is permitted are Belgium, Luxembourg, the Netherlands, Switzerland, and the USA. States where passive euthanasia is permitted: Denmark, Finland, France, India, Ireland, Italy, Colombia, Mexico, Germany (<http://cestovani.doktorka.cz>).

2.2 History

In antiquity, death was often perceived as the culmination of life, an opportunity in which the quality of people and their life can be proved. Socrates (470-399 BC) thought that death is only sleepless sleep, from which we do not wake up - and so we do not have to worry; or we will be transferred where we are in the company of those who have cared for us. Plato (427-347 BC) acted against suicide, but in cases of devastating disease, he approved euthanasia. Aristotle (384-322 BC) acted primarily against ending life in the face of a variety of difficulties. The Pythagoreans (572-497 BC) also disagreed with it, but for religious reasons. Stoics admitted the possibility of euthanasia option if a person's life was no longer in accordance with individually perceived needs and self-knowledge, due to pain, disease, or body abnormalities. In the Middle Ages, the concept of euthanasia of our current concept was not used. The Middle Ages were heavily influenced by religion that permeated all areas of life of the people of Europe at that time. At the beginning of modern times, the concept of euthanasia emerged for the first time in the context of today's sense with the thinker Francis Bacon, who addressed the question of how much medical science can help in situations such as dying. The Enlightenment and its emphasis on the concept of human autonomy had an important influence on the modern concept of euthanasia and on the current debate. The modern history of euthanasia apparently began with the publication of Adolf Jörst's book entitled *The Right to Die in Germany* in 1895. At the beginning, this idea was not racially motivated, but it saw a beneficial social reform that made it possible to deal with hopelessly ill patients. Euthanasia, without being demanded by patients, was performed in hospitals for the incurably ill and severely mentally handicapped. However, the concept of euthanasia was already abused, so the transition to the moment when it became the instrument of genocide was easy. Throughout the history until present, four motifs with regard to the concept of euthanasia have been projected:

- the modern belief that suffering is meaningless and can be eliminated,
- the growing role of medicine has more and more effective means of preserving life,
- enlightenment of the key role of self-determination and autonomy of man,
- current ideas about the beneficial skills of “social engineering” and “optimizing” both individual human life and the life of all humanity (Špinková & Špinková, 2006; Murzarová, 2005).

2.3 Arguments for and against euthanasia

Arguments for euthanasia

According to the enthusiasts of euthanasia in the Czech Republic, “good death” offers the freedom to make a decision about one’s own life in cases of severe illness.

Dysthanasia

The state where death is inevitable, and yet constantly and forcefully retarded, is called a detained death. Through the right to self-determination, patients should be able to ask for a dignified end in cases of persistent physical and mental suffering, through a statutory standard on aid to death by a request. This is a written expression of the will of the patient “for futuro”, i.e. in case the patient is unable to assess their situation or verbalize their wishes because of the seriousness of their state. The interpretation of the introduction of “living will” is related to human rights, especially the right to self-esteem – that a person has the right to determine their intentions in the future and to have their destiny always under control.

Economic reasons

Another argument for the legalization of euthanasia is connected with economic reasons. Current health care is extremely costly, and resources provided for the so-called artificial life support by machines should be used more effectively for the treatment of other patients. Applying euthanasia in practice would also help to partially resolve chronic organ deficiency in the case of transplants.

A person is a free being, they should have the right to make decisions about their own life. A human act of mercy so a person does not suffer.

Extending such a life is meaningless, very much related to economic reasons (Haškovcová, 2000).

Arguments against euthanasia

In the Hippocratic Oath, it is stated: »And I will not give a drug that is deadly to anyone if asked, nor will I suggest the way to such a counsel.« This statement testifies that the author was a supporter of the Pythagoreans. Their views have become the basis of doctors' codes for centuries, and the Hippocratic Oath is still embraced by doctors in the Czech Republic as well.

The issue of euthanasia is mainly ethical. All of the arguments show that euthanasia or even a suicide under medical assistance is unethical, but do not prevent physicians from respecting the patient's wish to leave free progress to the natural death process. In 2001, the Association explicitly confirmed that euthanasia is considered unethical, even though it was legalized in the legal systems of some states.

Trust in the doctor

A strong argument against performing active euthanasia is a great risk of disrupting patients' trust in the doctor. The patient could be afraid of abuse. It could happen, that in a critical condition, the patient would decide to end their life without a true consent. The reasons could be of different nature. From possible trade of human organs, thro-

ugh family pressure on the patient in connection with the patient's property, as well as the pressure of health insurance representatives to reduce economic costs in the treatment of long-term illnesses.

A person cannot lose their autonomy.

Pain and suffering can be relieved

Opponents of euthanasia offer an alternative in the form of palliative care, which includes overall treatment and care for patients whose disease is not responding to curative treatment (it does not cure the patient). Palliative care provides not only good symptomatic therapy, but also a psychological support of the patient and their family. There is also eubiosis. Eubiosis (good life) is the liberation from pain and retaining the human dignity of patients with a natural departure from life (Císařová, 2004).

3 Methods

For clearer and easier processing, we implemented the survey research method with questionnaires. We designed clear and simple questions, of both closed and semi-closed type.

The questionnaire was distributed among 100 respondents, whose anonymity was guaranteed. The sample comprised both lay and healthcare public respondents. For the lay public, the definition of euthanasia was stated in the questionnaire, along with types and arguments for and against euthanasia. The research was performed in the hospital in Třebíč; the permission for research was granted by different departments, namely Neurology department, Geriatric department I., and Internal departments A and B. All the distributed questionnaires were completed, i.e. the respond was 100%.

4 Results

Considering the lay public respondents, there was no significant difference between the number of male and female respondents (30 women and 20 men); however, there were more female than male respondents among the healthcare professionals (48 women and 2 men). In total, there were 78 female and 22 male respondents. According to the job profile, there were 29 nurses and 7 nursing assistants among the respondents, including 1 female doctor, 3 students of higher nursing school and 10 hospital attendants.

14 respondents have worked in health care less than 5 years, i.e. 1 male and 13 female respondents. 17 respondents stated they have 15-16 years of work experience (1 male and 16 female respondents). 10 respondents have 16-25 years of experience, and 9 health care professionals stated they have more than 26 years of experience.

Of those surveyed, 82% think that one should have the right to decide on their person. This answer was selected 36 times by the laypersons, as well as by 46 health professionals, of the total 15 were male and 67 were female respondents.

The answer “no” was chosen by 8 respondents, with laypersons representing 12%, of which 3 were men and 3 women. 4% of the healthcare professionals chose this answer, i.e. 2 female respondents. 10% of respondents answered with “I do not know”, more of which were female. 46% of the respondents (9 males and 37 females) agree with euthanasia, combining 23 laypersons and 23 healthcare professionals. 37% of respondents only tend to euthanasia. Only 20 female healthcare professionals chose this answer, as well as 7 male and 10 female respondents from the lay public. 1/10 of respondents rather disagree with euthanasia, which is 5% of laypersons and 5% of healthcare professionals. Only 7% have expressed disagreement with euthanasia, of which 5 laypersons would reject euthanasia, including 2 healthcare professionals.

62% of respondents fear the abuse of euthanasia; however, the abuse concerns male health professionals and laypersons. 49 female respondents are afraid of the abuse. 24% of respondents do not deal with the issue of euthanasia abuse. Here too, women prevail over men (17:7), as well as laypersons over healthcare professionals.

The vast majority, i.e. 84% of respondents, considered euthanasia as a way to help the suffering, of those 45 are healthcare professionals and 38 laypersons. Only 4 respondents consider that euthanasia is a suicide, and the same number of respondents perceives it as a murder. These options were chosen more by women than men, and at a ratio of 5 to 3. Euthanasia as a dishonour of life is seen by more men than women (3:2) and by the lay public. Three respondents do not have an opinion about the euthanasia.

Most agreed with legalisation of euthanasia in the Czech Republic, specifically 80% of respondents, of which 66 were women and 14 men from both groups. The difference between both groups was not really considerable. 20 respondents who would refuse legalisation of euthanasia in our country represent a minority (13 laypersons and 7 healthcare professionals), but women prevailed in that response.

If the respondents became ill with an incurable disease, they would prefer having the choice of euthanasia. This option would be chosen by 77% (63 women and 14 men), i.e. 43 healthcare professionals and 37 laypersons, which shows the small difference between the groups. 23 respondents would not consider the possibility of ending their life if they were incurably ill, which were mostly laypersons, with similar share of male and female respondents.

68% of respondents would accept the choice of their close person if they had decided for euthanasia, of which 40 healthcare professionals and 28 laypersons. In this case, women would cope with the euthanasia decision of a relative better than men, at a ratio of 58 to 10.

A relatively large number of 32 respondents would not want to let their family member die by euthanasia. This answer was more chosen by laypersons than professionals (22:10), as well as by 12 male and 20 female respondents.

5 Discussion and Conclusion

The research results show several interesting facts. With more years of medical practice, the view of euthanasia is clearer. The vast majority agrees on the choice and legalisation of euthanasia in the Czech Republic. Our research points out that health-care professionals are more in favour of euthanasia, often because they encounter patients with incurable diseases or in the terminal stages of the disease. On the contrary, laypersons often do not have the chance to meet incurably ill people unless they are their relatives. Furthermore, women are much more receptive and empathetic towards patients than men. The respondents often answered that they would decide to end their own life, but as for their close persons, they would not agree with the choice of euthanasia.

LITERATURE

1. Císařová, D., Sovová, O. et al. (2004). *Trestní právo a zdravotnictví*. Praha: Nakladatelství Orac, s.r.o.
2. Countries, where euthanasia is legal. Retrieved 5 August 2014, from <http://cestovani.doktorka.cz/zeme-ve-kterych-je-legalni-eutanazie/>.
3. Haškovcová, H. (2000). *Nauka o umírání a smrti*. Praha: Nakladatelství Galén.
4. Humphry, D. (2001). *Poslední cesta, Doktor smrti*. Praha: Pragma.
5. Munzarová, M. (2005). *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, a.s.
6. Pollard, B. (1996). *Eutanazie – ano či ne?* Praha: Nakladatelství Dita.
7. Šerelová, A. (2010). *Ottova encyklopedie. Akt*. Praha: Ottovo nakladatelství, s.r.o.
8. Špínka, Š. & Špinková, M. (2006). *Euthanasie – Víme, o čem mluvíme?* Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů.

Menedžment krhkosti in projekt skupnega ukrepanja Advantage

UDK 616-053.9-084

KLJUČNE BESEDE: krhkost, upravljanje krhkosti, staranje, multimorbidnost

POVZETEK - V prispevku predstavljamo rezultate šestih sistematičnih pregledov literature, ki so nastali na projektu skupnega ukrepanja JA Advantage. To je projekt Evropske komisije, ki je usmerjen v obravnavo in izdelavo smernic preventivne in obvladovanja krhkosti na politični in aplikativni ravni. Uporabili smo sistematičen pregled literature in dobrih praks za 6 delovnih nalog, delovnega paketa 6 – Menedžment krhkosti na stopnji posameznika: preventiva, klinična obravnava, prehrana, fizična aktivnost, zdravila in IKT. Zgodnje intervencije lahko najdemo na več področjih, zato mora biti menedžment obvladovanja krhkosti usmerjen v obširno in celostno obravnavo: preventiva, klinični menedžment, fizična aktivnost, prehrana, zdravila in informacijske tehnologije. Prevalenca starostne oslabelosti in krhkosti z leti progresivno narašča in je hkrati glavni faktor vpliva na povečanje stroškov zdravljenja pri starejših. Ker se lahko proces, ki vodi do starostne krhkosti in oslabilnosti upočasnijo ali celo popolnoma zavre, je primeren za zgodnje intervencije.

UDK 616-053.9-084

KEY WORDS: frailty, frailty management, ageing, multimorbidity

ABSTRACT - In the article we present the results of six systematic literature and good practices reviews that were conducted in the Joint action Advantage. Joint action Advantage is a project of European Commission, directed in dealing and production of guidelines of management of frailty at a political and applicative level. Systematic literature review and good practices review was conducted to obtain the results on six tasks of the Work package 6 – the Management of Frailty at Individual Level: Prevention, Clinical management, Nutrition, Physical exercise, Drugs, and ICTs. Early interventions can be found in multiple fields, so the management of frailty should be directed in comprehensive and holistic treatment: prevention, clinical management, physical exercise, nutrition, medications, and information technologies. Prevalence of frailty and disability is progressively increasing with age, and is the main factor of increasing health expense in older population. As the process that leads to frailty and disability can be slowed down or even completely reversed, it can be appropriate for early interventions.

1 Staranje

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) je izdala prvo svetovno poročilo o staranju in zdravju (World report on aging and health 2015). Danes lahko večina ljudi na svetu pričakuje, da bo živela v svoja 60-ta leta ali dlje (World economic and social survey, 2007). V kombinaciji z zmanjševanjem števila rojstev, vodi podaljšanje življenjske dobe k hitremu staranju populacij po vsem svetu. Te spremembe so dramatične in posledice so velike. Otrok rojen v Braziliji ali Myanmarju v letu 2015 lahko pričakuje, da bo živel 20 let dlje, kot tisti, ki se je rodil pred 50 leti. V Islamski Republiki Iranu je bil v letu 2015 samo eden od desetih prebivalcev starejši od 60 let. V samo 35 letih pa je pričakovati, da bo to razmerje 1 proti 3. Hitrost staranja prebivalstva se je zelo povečala in je danes veliko večja, kot je bila v preteklosti (World report on ageing and health, 2015). Pričakovati je, da bodo mlajši, ob zavedanju, da lahko pričakujejo

bistveno daljšo življenjsko dobo svoje življenje drugače načrtovali, na primer, da bodo pričeli z razvojem svoje poklicne kariere kasneje, prej pa se bodo v večji meri posvetili družini, ipd (World report on ageing and health, 2015).

Ob tem pa je potrebno posebej poudariti, da bodo priložnosti, ki izhajajo iz podaljšane življenjske dobe odvisne predvsem od enega ključnega faktorja; to je zdravje. Če bi dodatna leta življenja zaznamoval upad fizičnih in duševnih spodobnosti, bi to pomenilo veliko breme, tako za starejše kot tudi za družbeno skupnost. Žal je potrebno povedati, da kljub pogosti domnevi, da podaljšanje življenjske dobe spremlja tudi podaljšana doba dobrega zdravja, temu ni tako. Dokazov, da starejši danes živijo ob boljšem zdravju in sposobnostih, kot so njihovi starši v istih letih, ni. Med starejši so opazne velike razlike v zdravju, ki niso naključne. Nekaj raznolikosti lahko pripišemo genetiki (Steves, Spector in Jackson, 2012), večina drugih razlik pa je posledica fizičnega in socialnega okolja v katerem živimo. Tu vključujemo dom, soseščino in širšo skupnost, ki lahko direktno vplivajo na naše zdravje ali na ovire ter spodbude, ki se odražajo na priložnostih, odločitvah in vedenju vsakega posameznika. Odnos, ki ga imamo z okoljem, se razlikuje glede na družino v katero smo rojeni, spol in narodnost. Vpliv okolja pogosto vodi v razlike v zdravju in neenak dostop do zdravja (Commission on Social Determinants of Health, 2008). Kumulativen učinek vseh teh različnosti prispeva k neenaki dostopnosti do zdravja skozi ves življenjski cikel (Dannefer, 2003).

Večji razpon fizične sposobnosti imajo osebe z večjimi dohodki. Ta povezanost dohodkovne spodobnosti in zdravja mora imeti veliko vlogo pri oblikovanju politik, saj imajo ljudje z največjimi zdravstvenimi potrebami praviloma najmanj sredstev (World report on ageing and health, 2015).

Kljub temu ni potrebno, da bi pozni starosti prevladovalo slabo zdravje. Večina zdravstvenih težav s katerimi se soočajo starejši je povezanih z kroničnimi boleznimi. Mnoge od teh se lahko preprečijo, omilijo ali pa odložijo z bolj zdravim načinom življenja. Druge zdravstvene težave lahko učinkovito obravnavamo, če jih pravočasno odkrijemo. In tudi pri ljudeh, ki jim pešajo sposobnosti, lahko podporno okolje zagotovi, da živijo dostojno življenje v osebni rasti (World report on ageing and health, 2015).

Ne glede na to, da 70-ta še ne deluje kot nova 60-ta leta, ni razloga, da ne bi bilo tako v prihodnosti. Potreben bo skladen in usmerjen odgovor med različnimi sektorji in deležniki (Beard idr., 2012). Starajoča se populacija potrebuje obsežen in ustrezen odziv s strani javnega zdravja, da bi sprejeli vse možne ukrepe, ki lahko vlivajo na boljše zdravje v starejšem življenjskem obdobju (Lloyd - Sherlock idr., 2012; Smith, 2010).

2 Krhkost

Demografsko staranje predstavlja enega najresnejših izzivov, s katerim se sooča večina evropskih držav. Podpora aktivnemu in zdravemu staranju je zato pomembna tako za izboljšanje kvalitete življenja prebivalstva, kot tudi za zmanjšanje pritiska

na zdravstvene sisteme (The Action Group on Frailty Story, 2015). Kontinuirano podaljševanje pričakovane življenjske dobe je vsekakor pomemben dosežek. Prebivalci Evropske unije (EU) sicer živijo dlje, vendar mnogi z eno ali več dolgotrajnih bolezenskih stanj, marsikje v slabem zdravstvenem stanju in z zmanjšano kvaliteto življenja. Za mnoge starost prinaša odvisnost od drugih, starostno krhkost, oslabljenost (angl. frailty) in/ali kronične bolezni. Izziv družbi torej ni zgolj podaljševanje pričakovane življenjske dobe, ampak zdrava in samostojna starost. Zato je potrebna čimprejšnja implementacija trajnostnih in učinkovitih zdravstvenih ter socialnih rešitev, ki se bodo učinkovito kosale s povečevanjem starostne krhkosti, oslabljenosti, pridruženimi kroničnimi boleznimi, kognitivnim upadom in njihovimi posledicami (The Action Group on Frailty Story, 2015; European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, 2016).

V EU sta starostna krhkost in oslabljenost pogost in obenem naraščajoč multidimenzionalni zdravstveni in socialni izziv, povezan s fizičnim, kognitivnim in funkcionalnim upadanjem starajoče se populacije. V eni izmed študij so ugotovili, da znaša prevalenca starostne krhkosti in oslabljenosti približno 10 % pri starosti nad 60 let in kar 25 % pri starosti 80 let in več (Garcia - Garcia idr., 2011). Starostna krhkost in oslabljenost sta tudi glavna faktorja vpliva povečanja stroškov zdravljenja pri starejših (Gill idr., 2010; Bock idr., 2015).

3 Upravljanje krhkosti

Ker se lahko proces, ki vodi do starostne krhkosti in oslabljenosti upočasni ali celo popolnoma zavre, je primeren za zgodnje intervencije. Starostna krhkost in oslabljenost sta namreč močan rizični faktor za izgubo mobilnosti, padce, odvisnost od drugih, institucionalizem in smrt in zato so zgodnje intervencije in morebitno zdravljenje ključnega pomena (Clegg idr., 2013). Poleg tega je stanje priznan napovedovalec izidov medicinskih in kirurških intervencij, ki jih je potrebno upoštevati in ne zgolj pripisati dejstvu, da gre za starejše paciente. Glede na pospešeno staranje populacije v večini evropskih držav in s tem povezanim povečanim številom posameznikov z okvarami ter odvisnostjo od drugih bi intervencije pripomogle k odlogu odvisnosti od drugih, kar pa je glavni vzrok poseganja po zdravstvenih in socialnih storitvah (Rodríguez - Artalejo in Rodríguez - Mañas, 2014).

Management obvladovanja krhkosti in zgodnjih intervencij zahteva širok multidisciplinaren pristop: preventiva, klinični management, telesna aktivnost, prehrana, zdravila, IKT. V različnih zdravstvenih sistemih po svetu že obstajajo določeni programi, nacionalni plani in navodila obvladovanja posameznih področij, zato je potreben pregled obstoječe literature ter dobrih praks, programov in nacionalnih planov na vseh omenjenih področjih.

Primer z vadbo induciranih sprememb v miškulaturi mlajših odraslih in starostnikov prikazujemo v tabeli 1.

Tabela 1: Odstotek povečanja mišične mase z vadbo moči pri mlajših odraslih osebah in starejših

| <i>Populacija</i> | <i>Dolžina vadbe (v tednih)</i> | Δ MVC (%) | Δ MVC/dan (%) |
|----------------------|-------------------------------------|------------------|----------------------|
| Starejši (65–81 let) | 16 | 19.0 | 0.17 |
| Starejši (65–81 let) | 12 | 16.7 | 0.20 |
| Starejši (65–81 let) | 10 | 17.0 | 0.25 |
| Starejši (65–81 let) | 12 | 37 | 0.44 |
| Mlajši odrasli | 24 | 26.8 | 0.16 |
| Mlajši odrasli | 12 | 15.0 | 0.18 |

Legenda: MVC - maximum voluntary contraction

Vir: Narici, M. V., Reeves, N. D., Morse, C. I. and Maganaris, C. N. (2004). Muscular adaptations to resistance exercise in the elderly. *J Musculoskel Interact*, 4 (2), 161–164.

Starejši posamezniki se soočajo z hipertrofijo mišičnih vlaken. Raziskave kažejo (Tabela 1), da dnevna vadba pri starejših na podoben način vpliva na rast in vzdržljivost mišičevja, kot pri mlajših odraslih posameznikih (Povzeto po: Narici idr., 2004).

4 Projekt skupnega ukrepanja proti krhkosti

Evropsko inovativno partnerstvo za aktivno in zdravo staranje (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing – EIP AHA) je rezultat zavzetosti EU v naslavljanju izziva starostne krhkosti in oslabljenosti. Junija 2012 so se partnerji EIP AHA (inštituti, druge znanstvene ustanove in inštitucije) organizirali v šest akcijskih skupin, med katerimi je tudi Akcijska skupina za preventivo starostne krhkosti in oslabljenosti (Action Group on Frailty Prevention). Delo skupine je bilo usmerjeno v izboljševanje stanja na področju preventive starostne krhkosti in oslabljenosti ter organizacije podpore, ki bi oslabelem, krhkim starejšim in tistim, ki zanje skrbijo olajšala življenje (The Action Group on Frailty Story, 2015).

Z namenom spodbujanja pristopa k prevenciji starostne krhkosti je v javnozdravstvenem programu za leto 2015 Evropska komisija razpisala skupen program na področju starostne krhkosti in oslabljenosti, tako imenovan »Joint Action-JA on Frailty Prevention« oz. Skupno evropsko ukrepanje za preprečevanje starostne krhkosti in oslabljenosti. »Joint Action« oz. skupno ukrepanje je poseben mehanizem za financiranje evropskih projektov. Članice EU se zavedajo, da se lahko starostno krhkost in oslabljenost kot javnozdravstveni in socialni izziv zmanjšuje, skupen projekt »JA on Frailty Prevention« pa predstavlja priložnost za sodelovanje in napredek k skupnim odločitvam na tem področju.

Projekt »Joint Action on Frailty Prevention – JA ADVANTAGE« poteka od decembra 2016 do decembra 2019. Namenjen je obširnemu in celostnemu pristopu k promociji zdravega in neodvisnega življenja v zreli starosti v EU. Nacionalni inštitut za javno zdravje vodi delovni sklop managementa krhkosti pri posamezniku in bo vključeval

val naslednja področja: preventiva, klinični management, fizična aktivnost, prehrana, zdravila in informacijske tehnologije. K celotnemu JA ADVANTAGE bo sklop prispeval poročilo na omenjenih področjih (metodologija, pregled literature, pregled dobrih praks, programi in nacionalni plani držav članic EU), ter European guide in priporočila za management krhkosti.

5 Razprava

Danes lahko ljudje pričakujejo, da bodo živeli dlje, kot njihovi predhodniki. Demografsko staranje predstavlja pomemben izziv. Glede na to, da dodana leta življenja ne predstavljajo zgolj zdrava leta, pa demografsko staranje predstavlja predvsem velik javnozdravstveni izziv. Med izzive spada tudi starostna oslabeledost in krhkost, stanje, ki lahko vodi v bolezen ali možnost poškodbe. Krhkost z leti progresivno narašča in je hkrati pomemben faktor vpliva na povečanje stroškov zdravljenja pri starejših. Kljub vsemu pa je krhkost stanje, katero se lahko v veliki meri zavre in zaustavi. Na to imajo vpliv: preventiva, klinična obravnava, prehrana, fizična aktivnost, zdravila in informacijsko komunikacijske tehnologije. Obravnava in upravljanje krhkosti potrebuje obsežen multidisciplinaren pristop. Evropska komisija sofinancira projekt »JA ADVANTAGE«, ki bo naslovil obravnavo krhkosti skozi področja, ki lahko vplivajo na upravljanje krhkosti.

LITERATURA

1. Beard, J. R., Biggs, S., Bloom, D. E., Fried, L. P., Hogan, P., Kalache, A. idr. (2012). Global population aging: peril or promise? Geneva: World Economic Forum.
2. Beard, J. R., Officer, A., De Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., Lloyd-Sherlock, P. idr. (2015). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*. Pridobljeno, s <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2815%2900516-4/fulltext?rss%3Dyes>.
3. Bock, J. O., Heider, D., Brenner, H. idr. (2015). The impact of frailty on health care costs. 11th World Congress in Health Economics. Milan.
4. Clegg, A., Young, J., Iliffe, S. idr. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*.
5. Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organisation.
6. Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilising age and social science theory. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 58 (6), 327–337.
7. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. (2014). Prevention and early diagnosis of frailty and functional decline, both physically and cognitive, in older people. European Commission.
8. Garcia - Garcia, F. J., Gutierrez Avila, G., Alfaro - Acha, A. idr. (2011). Toledo Study Group. The prevalence of frailty syndrome in an older population from Spain. *The Toledo Study for Healthy Aging. J Nutr Health Aging*, 15, 852–856.
9. Gill, T. M., Gahbauer, E. A., Han, L. idr. (2010). Trajectories of disability in the last year of life. *N Engl J Med*, 362, 1173–1180.
10. Lloyd - Sherlock, P., McKnee, M., Ebrahim, S., Gorman, M., Greengross, S., Prince, M. idr.

- (2012). Population ageing and health. *Lancet*, 379 (9823), 1295–1296.
11. Narici, M. V., Reeves, N. D., Morse, C. I. and Maganaris, C. N. (2004). Muscular adaptations to resistance exercise in the elderly. *J Musculoskel Interact*, 4 (2), 161–164.
 12. Rodríguez - Artalejo, F. in Rodríguez - Mañas, L. (2014). The frailty syndrome in the public health agenda. *J Epidemiol Community Health*, 68, 703–704.
 13. Smith, A. (2010). Grand challenges of our aging society: workshop summary. Washington (DC): National Academies Press.
 14. Steves, C. J., Spector, T. D. in Jackson, S.H. (2012). Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Aging*, 41 (5), 581–586.
 15. The Action Group on Frailty Story, 2012-2014. (2015). European Commission.
 16. World economic and social survey 2007. (2007). Development in an aging world. New York: United Nations. Pridobljeno s, http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf.
 17. World report on ageing and health. (2015). World health Organisation. Geneva, Switzerland.

Pacientova pravica do informiranosti

UDK 616-052:342.7

KLJUČNE BESEDE: pacientove pravice, zakonodaja, pojasnilna dolžnost

POVZETEK - Dolžnost zdravnika in tudi medicinske sestre je neposredno povezana s pravico pacienta do seznanitve s svojo boleznijo in odločanja o predlaganih ukrepih zdravljenja. Tako postane pacient v procesu zdravljenja enakovreden partner in ni več samo objekt, temveč je subjekt. Kot določa 20. člen ZPacP, je nosilec pojasnilne dolžnosti zdravnik in tudi drugo zdravstveno osebje na svojem področju. V našem primeru lahko medicinske sestre tako pojasnijo pacientu negovalne postopke, ki naj bi bili izvedeni pri pacientu, saj sodobna zdravstvena nega temelji na procesni metodi dela. Zavedati se moramo tudi obligacijskega vidika posredovanja informacij. Ker je le-to zelo pomembno za pacientovo aktivno vključevanje v proces zdravstvene oskrbe, so se sčasoma razvili tudi različni modeli posredovanja informacij. V prispevku bomo predstavili ter njihovo vsebino in obseg, ter načine, kako so bili pacienti seznanjeni s posegom, možnimi zapleti ali drugačnim načinom zdravljenja. Predstavili bomo tudi mnenje pacientov o načinu pridobivanja njihovega soglasja in tudi o dejavnikih, ki vplivajo na ustrezno informiranost.

UDC 616-052:342.7

KEY WORDS: patient rights, legislation, explanation duty

ABSTRACT - The explanation duty of the doctor and the nurse is closely related to the patient's right to be acquainted with their disease and decisions on recommended medical procedures. As such, in the process of healing, the patient becomes an equal participant, no longer regarded as an object, but rather as a subject. As dictates the Article 20 of ZPacP, the bearer of the explanation duty is the doctor and other medical staff in their fields. In our case, nurses are allowed to explain medical procedures, which should be performed, to the patient, as modern health care is based on a procedural method of work. We should also be aware of the obligatory standpoint of giving information. Because sharing the information with patients is vital for their active role in medical care, with time, different models of informing have been developed. In the paper we will also present different types of explanation procedures, the time frame in which the explanation should be given, as well as the content and extent of each procedure. In the empirical part of the paper we will present the methods by which patients were familiarised with the procedure, and possible complications or alternative methods of treatment according to the respondents' answers. Additionally, we will present the ratings given by patients on the method of acquiring an informed consent, as well as the respondents' thoughts on factors affecting the adequate informing procedure.

1 Pojasnilna dolžnost

Dolžnost vsakega izvajalca posega je, da pred izvedbo opravi pojasnilno dolžnost, ki je neposredno povezana s pravico pacienta do seznanitve s svojo boleznijo in odločanja o predlaganih ukrepih zdravljenja. Obseg informacij, ki naj jih pacient prejme pred predvidenim posegom, se razlikuje od države do države. Tako je v Veliki Britaniji treba pacienta seznaniti s posledicami, ki so pogostejše kot v enem odstotku. Iz njihove pravne prakse izhajajo, da je treba pacienta obvestiti o osnovnih značilnostih posega in je njegovo soglasje neveljavno samo v primeru zavajanja pacienta (Krušič Mate, 2010). V angleški zakonodaji je zapisano, da mora zdravnik slediti tako svojemu znanju kot željam pacienta (McHale, Fox in Murphy, 1997). Tako pacient iz pasivnega

udeleženca postane aktiven udeleženec obravnave. Etični standardi tudi medicinskim sestram narekujejo, da morajo pri svojem delu delovati preventivno in varovati interese pacientov, graditi medsebojne odnose na podlagi zaupanja in tako pridobiti pacientovo privolitev za poseg in ga v načrtovanje posega tudi aktivno vključiti (Hodgan, 2007). Sodobna zdravstvena nega temelji na procesni metodi dela in eden od korakov pri izvedbi posega je tudi informiranje pacienta o izvedbi posega, posegu in pridobitev pacientovega soglasja za izvedbo posega (Hajdinjak in Meglič, 2006). V pravu ZDA velja tako imenovano pacientovo pravilo, ki od zdravnika zahteva, »da je pacienta seznanil z vsemi možnimi bistvenimi nevarnostmi predvidenega posega, pri čemer je bila bistvenost nevarnosti odvisna od velikosti škode, ki je grozila, in stopnje možnosti, da bi do nje prišlo« (Krušič Mate, 2010, str. 37). Tudi v nemški pravni teoriji, ki je v mnogih pogledih podobna naši, mora biti pacient seznanjen z bistvom, pomenom, učinki in posledicami načrtovanega ukrepa ter možnimi alternativnimi načini zdravljenja. »Teorija poudarja, da morata biti obseg in podrobnosti pojasnila v obratnem sorazmerju z nujnostjo posega ... V primeru, da zdravnik med operacijo ugotovi, da je potreben dodaten poseg, mora operacijo prekiniti in dodatni poseg lahko izvede šele, če se pacient z njim strinja. Brez posebne privolitve lahko operacijo razširi le v primeru, ko bi prekinitve posega pomenila resno nevarnost za pacientovo življenje in zdravje« (Krušič Mate, 2010, str. 37). »Ker je temeljni pogoj za izvršitev medicinskega posega ali oskrbe pacientova veljavna privolitev, njena odsotnost pa se šteje kot zavrnitev, mora zdravnik pred pacientovo odločitvijo opraviti pojasnilno dolžnost, ki je natančno vsebinsko urejena v ZPacP. S tem se zagotavlja, da pacient ni le objekt zdravljenja, česar se na žalost lahko spominjamo iz nedavne zgodovine druge svetovne vojne, ampak se mu priznava položaj subjekta, ki samostojno odloča o načinu zdravljenja, ki ga želi ali ne želi sprejeti« (Senica, 2009, str. 106). Tudi Šelih (1998) navaja: »Zveza med zdravnikovo pojasnilno dolžnostjo in bolnikovo privolitvijo je torej neposredna: šele celovita informacija je lahko podlaga za zavestno, svobodno in informirano privolitev« (str. 172). Ivančič Kačer (2010) opozarja, da je poleg pacienta treba zaščititi tudi zdravnike. Zdravniki imajo namreč vsakodnevno veliko pacientov, ki se jim ne morejo posvetiti toliko časa, da bi vse natančno seznanili in jih ustrezno informirali vendar informiran bolnik razume potek posega in njegove posledice ter na podlagi podatkov poda prostovoljno soglasje za poseg (Jones, McCullough in Richman, 2005).

2 Paternalistični, informacijski, interpretacijski in posvetovalni model podajanja pojasnitve

Do polovice 20. stoletja so zdravstveni delavci uporabljali predvsem paternalistični model. Za ta model je po navedbah Krušič Matejeve (2010) značilen podrejen položaj pacienta pri odločanju o njegovem zdravljenju, saj velja, da je zdravje oziroma dobro počutje najvišji zakon (*Salus aegroti suprema lex esto*). V tem modelu, ki ga ponekod imenujejo tudi starševski model, prevzame zdravnik glavno vlogo, saj namesto pacienta odloča o tem, kaj je zanj dobro. V okviru paternalističnega modela je zdravnik

pacientov varuh, ki na prvo mesto postavi tisto, za kar meni, da je za pacienta najvišje dobro, pa četudi so njegove takratne odločitve morda v nasprotju s takratnimi pacientovimi odločitvami. »Glede na paternalistični model namreč pacient zaradi svoje bolezni ni sposoben sprejemati ustreznih odločitev o svojem zdravljenju« (Flis, 1998, str. 152). »To je model, zasnovan na zdravnikovi zmožnosti, da lahko edino on pomaga bolniku v zdravstveni stiski. Vzpostavi se zlasti tedaj, ko je bolnik življenjsko močno ogrožen in odvisen od zdravnika. Zdravnik je v tem odnosu aktiven in dominanten. V svojem ravnanju z bolnikom se ne ozira veliko na želje in strahove bolnika. Kolikor bolj se je razširjalo medicinsko znanje med laike, kolikor višja je bila izobrazba ljudi in splošna kulturna raven, toliko bolj je rasla potreba po bolj enakopravnem odnosu med zdravnikom in bolnikom. Vedno bolj avtonomno si izbirajo zdravnike, predvsem pa pričakujejo od zdravnika, da jih bo obravnaval kot enakopravne partnerje v odnosu« (Ule, 2005, str. 356). Čeprav so se prav zaradi nespoštovanja pacientove avtonomije razvili tudi drugi modeli podajanja pojasnilne dolžnosti, se ta model še vedno uporablja, zlasti pri nujnih medicinskih posegih. Pri nujnih medicinskih posegih je namreč čas zelo pomemben in bi pacient lahko zaradi izgube dragocenega časa utrpel nepopravljivo škodo.

Tako rekoč popolno nasprotje paternalističnega modela je informacijski model, ki ga nekateri imenujejo tudi znanstveni, tehnični ali potrošniški model. »Po tem modelu je zdravnikova naloga, da pacientu predstavi vse razpoložljive podatke. Predstaviti mu mora vse možne postopke zdravljenja in mu opisati vsa tveganja, ki jih spremljajo. Pacient izbere, zdravnik pa nato samo opravi tisto, za kar se je pacient odločil« (Krušič Mate, 2010, str. 24). »Informacijski model predvideva, da obstaja jasna razmejitev med bolnikovimi vrednotami in medicinskimi podatki. Bolnikove vrednote naj bi bile znane in jasne. Bolnik naj bi jih namreč poznal in znal jasno artikulirati. Tisto, kar bolniku manjka, so medicinski podatki, ki mu jih priskrbi zdravnik. Bolnik pa izbira v skladu s svojimi vrednotami. Tako bolniku omogoči nadzor nad dogajanjem. V tem modelu popolnoma prevlada bolnikova avtonomija osebnosti« (Flis, 1998, str. 153). Čeprav se nam zdi, da je pri tem modelu najbolj spoštovana pacientova avtonomija, temu ni popolnoma tako, saj zdravniku omogoči, da se izogne odgovornosti in jo preloži na pacienta (Krušič Mate, 2010). Vendar pacient včasih ni sposoben samostojnega odločanja samo na podlagi nametanih dejstev, saj vsak pacient ne more biti strokovnjak na vseh področjih. Prav zato, ker pacient potrebuje tudi svetovanje, se je razvil interpretacijski model.

Pomanjkljivost informacijskega modela, ko pacient sam sprejema medicinske odločitve, na nek način popravlja interpretacijski model. Pri tem modelu zdravnik oziroma medicinska sestra poleg tega, da pacientu predstavi vse podatke, možne načine zdravljenja ter njihove koristi in slabosti, pacientu še svetuje. Krušič Matejeva (2010) glede interpretacijskega modela navaja: »Zdravnik tudi po tem modelu predstavi pacientu vse podatke, mu pojasni vse možne načine zdravljenja, vključno s koristmi in morebitnimi tveganji. Vendar pa zdravnik ni le opazovalec, ampak je svetovalec. Skuša spoznati pacienta, njegovo osebnost, njegove življenjske poglede, njegov vrednotni sistem. Ob upoštevanju vsega navedenega nato pacientu pomaga izbrati naj-

boljši način zdravljenja, ki je za konkretnega pacienta najprimernejši. Zdravnik le svetuje, končne odločitve pa sprejme pacient. V tem modelu prevladuje pacientova avtonomija osebnosti, ki pa se lahko uresniči le ob tesnem sodelovanju z zdravnikom« (str. 25). »V skladu z interpretacijskim modelom bolnikove vrednote niso stalnice in tudi ni nujno, da se jih bolnik sploh zaveda. Morda jih bolnik tudi napačno razume oziroma se med zdravljenjem lahko spreminjajo in povzročajo celo konfliktna situacija. Zdravnik se mora znotraj tega modela potruditi in poskušati bolniku pomagati izgraditi sorazmerno trden niz vrednot. Zdravnik skuša skupno z bolnikom opredeliti cilje zdravljenja, spoznati bolnikova nagnjenja, bolnikovo osebnost in njegovo predanost morebitnim specifičnim življenjskim pogledom« (Flis, 1998, str. 154). Za tak način podajanja informacij in sodelovanja med zdravstvenim delavcem in pacientom pa potrebujemo veliko časa, ki pa si ga veliko krat pozabimo vzeti.

Kot četrti se je razvil posvetovalni model, ki združuje tako prvine paternalističnega kot interpretacijskega modela. Tak način podajanja pojasnitve od zdravstvenega delavca zahteva visoko stopnjo strokovne usposobljenosti. »V nasprotju z interpretacijskim modelom v razlagi podatkov in nameravanih postopkov ne išče zgolj razjasnjevanja bolnikovih vrednot. Prav tako zdravnikove vrednote niso zgolj enakovredne bolnikovim. Zdravnik sme v okviru tega modela na prvo mesto postaviti vrednote, ki so usmerjene k zdravju (tesna sorodnost s paternalističnim modelom)« (Flis, 1998, str. 155). V posvetovalnem modelu so interakcije med pacientom in zdravnikom podobne kot pri interpretacijskem modelu, vendar si zdravnik v tem modelu lahko vzame pravico, da bolniku predlaga tiste načine zdravljenja in diagnostičnih postopkov, za katere meni, da so v okviru danih okoliščin najprimernejši. »Posvetovalni model odnosa med zdravnikom in bolnikom je morda najbolj idealen teoretičen model. V realnem življenju pa se največkrat srečujemo z zelo različno paleto odnosov znotraj kroga zdravnikov in bolnikov. A ker zdravnik ni edini nosilec resnice o dobrem niti o zdravem, bo v korist obeh – zdravnika in bolnika – če bosta v praksi uporabljala posvetovalni model odnosa in doktrino ozaveščene privolitve. Deloma je takšen odnos med obema pri nas tudi uzakonjen« (Flis, 1998, str. 163).

3 Vrste pojasnil

Vsak zdravstveni delavec mora stremeti k dejstvu, da je pacient pred izvedenim posegom o tem ustrezno seznanjen, saj le tako lahko poda informirano soglasje. Vrste pojasnil natančno določa ZPacP v svojem 20. členu. Naša sodna praksa pa vrste pojasnil razdeli na pojasnilo tveganja, nepravo pojasnilo (terapevtsko pojasnilo, pojasnilo o finančnih posledicah posega) in pojasnilo diagnoze. Med terapevtskim pojasnilom zdravnik pacientu pojasni možne vplive zdravila na njegovo telo, kot na primer vpliv opiatov. Med pojasnilom diagnoze pa se zdravnik osredotoči na verodostojno sporočanje izvida. Tako terapevtsko pojasnilo kot pojasnilo diagnoze ne vplivata na veljavnost informiranega pristanka na poseg, temveč je zdravnik dolžan in odgovoren za njuno izvedbo.

Pojasnilo tveganja je najtesneje povezano s pacientovo pravico do samoodločanja in ohranitve njegove avtonomije. Med pojasnilo tveganja sodi tudi razlaga o alternativnih načinih zdravljenja. Krušič Matejeva (2010) v pojasnilu tveganja navaja, da je treba v zvezi s pacientovo pravico do samoodločanja »pacientu razložiti: kolikšno je tveganje za nastanek negativnih posledic med posegom in po njem, ki nastanejo kljub lege artis (profesionalno) izpeljanem posegu (te posledice torej nastanejo po naključju, ki se statistično predvideva); nadaljnji razvoj nezdravljene bolezni; možno zdravstveno stanje po izpeljanem zdravljenju; kateri so pozitivni učinki posega; vse stranske posledice terapije, ki lahko ogrožajo njegovo telesno integriteto in življenje« (str. 26). Pojasnilo tveganja je zelo pomemben dejavnik v procesu informirane privolitve pacienta. Glede na to, kako nujen je poseg, je zdravnik dolžan podati ustrezno pojasnilo. Če gre za poseg, kjer je potrebna nujna obravnava, zdravnik pacientu pojasni samo najpomembnejša tveganja, v primeru ko gre za estetski poseg, pa je zdravnik dolžan opraviti pojasnilo tveganja bolj podrobno. Stališče vrhovnega sodišča Republike Slovenije predstavlja tudi Fišer (2012): »Vrhovno sodišče Republike Slovenije je v odločbi z opr. št. II Ips 225/1997 z dne 30. 9. 1998, VS 04117 zavzelo stališče, da je pri pojasnilu tveganja pomembno, da zdravnik pacientu razloži, kako veliko je tveganje za nastanek nezaželenih posledic med posegom ali po njem, ne da bi bili zdravniki ali zdravstvena ustanova objektivno ali subjektivno odgovorni za to. Pacient ima pravico do informacij o vseh stranskih posledicah terapije, ki lahko ogrožajo njegovo telesno integriteto in življenje. Pacient mora biti opozorjen na tipične negativne posledice oziroma tveganja, to so tiste, ki so lastne samemu posegu, in tiste, ki so statistično pogostejše« (str. 27). Zanimiv je tudi primer sodbe in sklepa Vrhovnega sodišča Republike Slovenije z opr. št. II Ips 94/2015 z dne 2. 7. 2015 VSL I Cp 2868/2014, ki je zaključilo, da anesteziologinja drugega toženca strokovne napake sicer ni zagrešila, vendar je kršila svojo pojasnilno dolžnost, ker pred posegom prvi tožnici ni pojasnila možnosti krvavitve in posledične plegije. Prva tožnica ni mogla ozaveščeno privoliti v ta poseg, zato je bil ta v celoti protipraven.

Pri ustrezni informiranosti pacienta ne moremo mimo terapevtskega pojasnila. Fišer (2012) opozarja na pomen varnostnega oziroma terapevtskega pojasnila, ki ga mora zdravstveni delavec, najpogosteje je to zdravnik, podati pacientu pred predvidenim posegom. Na nekatere posege mora priti pacient v spremstvu, saj je pomembno, da po posegu ne upravlja sam z osebnim vozilom. Tako mora biti podana nevarnost vožnje po anesteziji ali uporabi zdravil pri pregledu očesnega ozadja. Zelo pomembna je tudi seznanitev na možno nevarnost za plod pred rentgenskim slikanjem in uporabo nekaterih zdravil, ki so škodljiva za plod. Fišer (2012) v zvezi s terapevtskim pojasnilom podaja naslednjo razlago: »Varnostno pojasnilo ni del pojasnilne dolžnosti v ožjem smislu in s tem tudi del, ki bi bil zajet v privolitev v poseg. To pomeni, da je privolitev v poseg tudi brez njega veljavna, kar pa ne pomeni, da je zdravnik prost tudi odškodninske odgovornosti za škodo, ki bi pacientu nastala zaradi opustitve varnostnega pojasnila. V postopku zaradi kršitve terapevtskega pojasnila mora pacient dokazati, da zdravnik svoje dolžnosti glede varnostnega pojasnila ni izpolnil« (str. 28).

4 Časovni okvir podajanja pojasnila in vsebina pojasnila

Samo pojasnilo mora pacient zagotovo dobiti, preden poda privolitve v poseg. Sam čas med pojasnilom, privolitvijo in izvedbo posega pa se zelo razlikuje. Za vnaprej znane posege so pacienti naročeni in tako od pojasnila do posega mine tudi nekaj dni. Med tem časom mora imeti pacient možnost postaviti dodatna vprašanja in lahko o vsem skupaj temeljito razmisli.

Tudi glede na obsežnost posega je, če je le mogoče, treba pacienta seznaniti dovolj zgodaj, da o samem posegu lahko v miru razmisli in potem poda informirano soglasje na poseg. Posebno moramo biti pozorni pri estetskih posegih, saj to praviloma niso nujni medicinski posegi in mora imeti pacient dovolj časa za premislek. »Za načrtovane velike in pomembne (kirurške ali internistične) posege bo zagotovo potreboval več časa, pri manjših posegih pa bo verjetno zadostovalo manj časa« (Krušič Mate, 2010, str. 27). V praksi velja, da mora zdravnik pojasnilno dolžnost za hospitalizirane paciente opraviti vsaj en dan pred posegom, medtem ko za ambulantno obravnavo to ni vedno mogoče in se pojasnilna dolžnost opravi na dan posega ali med predhodnimi pregledi in pripravami na poseg. Zavedati se moramo, da od pojasnilne dolžnosti in podajanja pacientove privolitve v poseg in samim posegom ne sme miniti preveč časa, saj lahko pacient v tem času že pozabi pomembne informacije, kot je recimo prepoved vožnje po anesteziji. Pacientove pravice v zvezi z obveščenostjo so zapisane v 20. členu ZPacP.

Čeprav zdravnik ne sme zamolčati nobenih informacij, če jih pacient zahteva, se v nekaterih primerih zdravnik odloči, da bo pacientu nekatera dejstva zamolčal. Za tako dejanje se zdravnik odloči v primeru, ko oceni, da bi mu informacije lahko povzročile resno škodo na zdravju, vendar moramo takšno odločitev tudi pisno evidentirati. Tej zdravnikovi pravici, da pacientu zamolči nekatera dejstva, pravimo zdravnikov terapevtski privilegij. Deutch v Krušič Mate (2010) navaja, »da je zdravnikov terapevtski privilegij primeren v naslednjih štirih primerih: zamolčanje rezultatov diagnoze, pojasnilo tveganj in t. i. samouresničujoča se prerokba (self fulfilling prophecy), ogrožanje drugih, pacientovo »obotavljanje« in objektivno nujni zdravstveni ukrepi« (str. 40). Pravica, da zdravstveni delavec pacientu ne pove vseh podatkov, izhaja iz 47. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki dopušča, da se vpogled v zdravstveno dokumentacijo zavrne, »če zdravnik oceni, da bi to škodljivo vplivalo na bolnikovo zdravstveno stanje.« Tudi Stojin (1998) ugotavlja: »Terapevtski privilegij je namenjen zdravniku, da oceni, ali bi diagnoza ob labilnem, psihičnem in fizičnem stanju bistveno vplivala na stanje bolnika, ter da sam odloči, kakšni posegi in drugi ukrepi so objektivno v bolnikovo korist« (str. 111). Zdravstveni delavci se moramo zavedati, da ima pacient pravico dobiti ustrezno pojasnilo. Opustitev pojasnila o morebitnih posledicah zdravljenja ali opustitve zdravljenja pomeni, da smo storili strokovno napako, kar ima za posledico odškodninsko odgovornost. Prav zato je še bolj pomembno, da v takšnih primerih upoštevamo stališča medicinske etike in pacientu ne povzročamo škode, da ne bi prišlo do pravnih očitkov kršenja pacientove volje.

5 Pojasnilna dolžnost v praksi

V praksi opazamo, da je pacient o preiskavi ali posegu premalo informiran in se samo prepusti v obravnavo. Cilj raziskave je bili zato ugotoviti, kakšno mnenje imajo posamezniki o informiranem pristanku. Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja: Na kakšen način so se pacienti seznanili s posegom, možnimi zapleti ali drugačnim načinom zdravljenja, ter kateri dejavniki po mnenju pacientov in zaposlenih v zdravstvu najbolj vplivajo na ustrezno informiranost pacienta o predvidenemu medicinskemu posegu ali preiskavi?

V kvantitativni raziskavi, ki smo jo izvedli v Splošni bolnišnici Novo mesto, smo uporabili kavzalno-neeksperimentalno metodo dela. Sodelujočim anketirancem je bila zagotovljena anonimnost in prostovoljnost z možnostjo odklonitve sodelovanja v raziskavi oziroma prekinitve izpolnjevanja vprašalnika. Pred pričetkom raziskave je bilo pridobljeno tudi soglasje zavoda za opravljanje raziskave v njihovem okolju.

Na osnovi teoretičnih izhodišč in po pregledu literature smo izdelali lastni instrument za pridobitev kvantitativnih podatkov. Za analizo in obdelavo kvantitativnih podatkov smo uporabili računalniški program Microsoft Office Excel. Podatke iz vrnjenih 156 (N) anketnih vprašalnikov smo za lažjo obdelavo in analizo vnesli v tabelo programa MS Office Excel.

V raziskavi je sodelovalo 65 pacientov, kar predstavlja 41,7 % vseh anketirancev, in 91 zaposlenih, kar predstavlja 58,3 % vseh anketirancev. Glede na rezultate ankete je tako pri pacientih kot pri zaposlenih zdravnik tisti, ki pacienta največkrat seznanil s posegom, možnimi zapleti in drugačnim načinom zdravljenja, vendar je delež odgovorov različen. Tako 38,6 % pacientov meni, da jih je seznanil zdravnik, in 60,8 % zaposlenih meni, da je pacienta seznanil zdravnik.

Na drugem mestu glede odgovorov zaposlenih je izvajalec posegov s 17,7 %, ki je pri pacientih skupaj z izvajalci posega in medicinskimi sestrami s 15,9 % na tretjem mestu. Na drugem mestu pri odgovorih pacientov se je namreč s 17,0 % znašel odgovor, da so o posegu prebrali v prilogi informiranega soglasja pacienta, ki je pri zaposlenih dobil le 6,3 % odgovorov. Zelo malo pacientov pa se je poslužilo drugih oblik seznanitve s posegom, možnimi zapleti in drugačnim načinom zdravljenja. Pacientovo informirano privolitev je možno dobiti samo tako, da pacient prejme ustrezne informacije ob pravem času in na ustrezen način. Kot je razvidno iz Tabele 1, so pacienti pridobitev informiranega pristanka s strinjanjem ali nestrinjanjem s posameznimi trditvami ocenili zelo dobro.

Tabela 1: Ustreznost pridobitve informiranega soglasja

| Če ste že podajali informirano soglasje na poseg ali preiskavo v tabeli označite, strinjanje s posamezno trditvijo. | Povprečje | Mediana | Mode | Standardni odklon | Rang |
|---|-----------|---------|------|-------------------|------|
| Dobil sem ustrezne informacije o predvidenem posegu. | 4,4 | 5,0 | 5,0 | 0,8 | 1 |
| O posegu me je seznanila oseba, ki je poseg opravila. | 4,3 | 5,0 | 5,0 | 1,0 | 3 |
| Pred podpisom soglasja sem imel dovolj časa za razmislek o posegu. | 4,2 | 5,0 | 5,0 | 1,0 | 5 |
| Predstavljene so mi bile drugačne oblike zdravljenja. | 3,3 | 3,0 | 3,0 | 1,3 | 8 |
| Predstavljeni so mi bili morebitni zapleti. | 3,9 | 4,0 | 5,0 | 1,1 | 7 |
| Imel sem možnost dodatnih vprašanj. | 4,2 | 4,0 | 5,0 | 0,9 | 4 |
| Komunikacija med vami in pojasnjevalcem je bila ustrezna. | 4,3 | 4,0 | 5,0 | 0,8 | 2 |
| Med podajanjem informacij mi je bila zagotovljena zasebnost. | 4,0 | 4,0 | 5,0 | 1,1 | 6 |

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Uporabili smo petstopenjsko lestvico stališč, po kateri je pomenilo ocena 1 – se ne strinjam, ocena 2 – delno se strinjam, ocena 3 – moje mnenje je nevtralnno, ocena 4 – večinoma se strinjam in ocena 5 – popolnoma se strinjam. Za posamezne trditve smo izračunali aritmetično sredino, mediano, modus in standardni odklon ter trditve rangirali. Ocene pacientov so se v povprečju gibale med 3,3, kjer so bili pacienti najmanj zadovoljni s predstavitvijo drugačnih oblik zdravljenja, najvišje, s povprečno oceno 4,4, pa so ocenili trditev, da so dobili ustrezne informacije o predvidenem posegu. Na seznanitev pacienta s predvidenim medicinskim posegom ali preiskavo vplivajo različni dejavniki. Zato smo tudi mi želeli ugotoviti kateri dejavniki po mnenju pacientov in zaposlenih v zdravstvu najbolj vplivajo na ustrezno informiranost pacienta o predvidenem medicinskem posegu ali preiskavi? Odgovore smo iskali s pomočjo petstopenjske Likertove lestvice stališč na katero so odgovarjali tako zaposleni kot pacienti. Dobljenim podatkom smo izračunali aritmetično sredino, mediano, standardni odklon in podatke rangirali na podlagi aritmetične sredine. Najpogostejše štiri dejavnike, ki po mnenju pacientov in zaposlenih vplivajo na ustrezno informiranost pacienta o predvidenem medicinskem posegu, smo podrobneje analizirali in ugotovili, da so zaposleni in pacienti trditev: »Informacije o preiskavi oziroma posegu so podane v jeziku, ki ga pacient razume« uvrstili najvišje in jo tako označili kot najpomembnejšo. Trditev: »Informacije o preiskavi oziroma posegu so podane razločno« so tako zaposleni kot pacienti postavili na tretje mesto. Na drugem mestu pa se pojavljajo razlike, saj so pacienti trditev: »Informacije o preiskavi oziroma posegu so razumljive« postavili na četrto mesto, medtem ko so zaposleni to trditev postavili na drugo mesto. Prav obratno pa so pacienti in zaposleni ocenili trditev: »Informacije o preiskavi oziroma

posegu poda strokovno usposobljena oseba, ki je po mnenju zaposlenih na četrtem, po mnenju pacientov pa na drugem mestu.

6 Razprava

Pojasnilna dolžnost zdravnika in ostalih zdravstvenih delavcev je zelo pomemben dejavnik pri pridobitvi pacientovega informiranega pristanka na poseg. Brez ustrezne informiranosti namreč tudi pacient ne more podati pravno veljavnega soglasja. Z ZPa-cP je jasno določeno, kaj mora pojasniti vsebovati zato smo paciente, ki so že podali informirano soglasje poprosili, naj podajo svojo oceno o načinu pridobitve informiranega soglasja. Pacienti so pridobitev informiranega soglasja presenetljivo ocenili zelo dobro. V povprečju so se ocene pacientov gibale med 3,3, kjer so bili pacienti najmanj zadovoljni s predstavitvijo drugačnih oblik zdravljenja, najvišje, s povprečno oceno 4,4, pa so ocenili trditev, da so dobili ustrezne informacije o predvidenem posegu. Kot vemo, je treba pacientu razložiti tudi drugačne oblike zdravljenja, vendar so pacienti prav to trditev uvrstili najnižje, kar lahko posledično pripelje tudi do neustreznega informiranega soglasja. Da je večina informiranih soglasij nepopolnih, so pokazale tudi različne študije. Iz študije, ki je s pomočjo snemanja spremljala delo zdravnikov, kjer so se pacienti odločali o preiskavah in posegih z nizkim tveganjem, se je pokazalo, da je bilo le v 9 % pridobljeno ustrezno informirano soglasje, tudi na račun neobveščanja pacientov o drugačnih metodah zdravljenja (Cordasco, 2013). Nekateri raziskovalci za boljšo informiranost pacienta o posegu priporočajo uporabo interaktivnih pripomočkov (Oliver, Whitford in Denson, 2009), kar bi lahko vpeljali tudi v našo prakso. Rezultate ankete lahko povežemo z raziskavo, ki jo predstavlja Košir (2004), s pomočjo katere so prikazali, da so po mnenju medicinskih sester pacienti seznanjeni s postopki zdravstvene nege, hkrati pa so rezultati raziskave pokazali, da so pacienti najmanj seznanjeni o zdravilih, ki jih prejema, kar je lahko posledica prepričanja medicinske sestre, da je to naloga tistega, ki zdravi predpisuje, torej zdravnika. Ugotavljamo tudi, da čeprav zdravstveni delavci menijo, da je podal informacije zdravnik, pacienti tega ne ocenjujejo tako. Kot vemo, je za pojasnilno dolžnost zadolžen zdravnik ali izvajalec posega, kar se odraža tudi v odgovorih naših anketirancev, vendar se pojavlja razkorak med odgovori pacientov in zaposlenih. Tako je nekaj več kot polovica pacientov 54,5 % mnenja, da jih je seznanil zdravnik, ali izvajalec posega, medtem ko tako meni kar 78,5 % zaposlenih. Na drugem mestu pri odgovorih pacientov se je namreč s 17,0 % znašel odgovor, da so o posegu prebrali v prilogi informiranega soglasja pacienta, ki je pri zaposlenih dobil le 6,3 % odgovorov. Glede dejavnikov, ki vplivajo na pridobitev informiranega pristanka so tako pacienti kot zaposleni trditev »Informacije o preiskavi oziroma posegu so podane v jeziku, ki ga pacient razume« uvrstili najvišje in jo tako označili kot najpomembnejšo. V praksi se vsakodnevno srečujemo s pacienti, ki našega jezika ne razumejo. V naši obravnavi so namreč prisotni tudi tujci in drugače govoreči pacienti. Tukaj se nam postavlja vprašanje, kako naj zdravstveni delavec opravi svojo pojasnilno dolžnost in ali je potrebno za ustrezno

informiranost pacienta pridobiti prevajalca. Zavedati se moramo, da samo podpis na ustreznem obrazcu ni dovolj za pridobitev pacientovega informiranega pristanka.

LITERATURA

1. Cordasco, M. K. (2013). Obtaining Informed Consent From Patients: Brief Update Review. V *Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices.* (str. 461–472). Pridobljeno 19. 8. 2014, s <http://buonepratiche.agenas.it/documents/More/4.pdf>.
2. Fišer, J. (2012). *Odškodninska odgovornost zaradi kršitve pojasnilne dolžnosti zdravnika* (Diplomsko delo). Maribor: Pravna fakulteta univerze Maribor.
3. Flis, V. (1998). Doktrina o zavestni privolitvi (informed consent). V A. Polajnar - Pavčnik (ur.) in D. Wedam - Lukić (ur.), *Pravo in medicina* (str. 119–164). Ljubljana: Cankarjeva založba.
4. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2006). *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
5. Hodgan, J. (2007). *The Legal Dimension: Legal System and Method*. V J. Tingle (ur.) in A. Cribb (ur.), *Nursing law and ethics* (str. 3–31). Oxford: Malden Blackwell.
6. Ivančić Kačer, B. (2010). Informed consent ili informirani pristanak pacijenta na lječenje u hrvatskom pravu-s naglaskom na zaštiti prava lječnika. V V. Rijavec (ur.), *Medicina in pravo: sodobne dileme II* (str. 201–226). Maribor: Pravna fakulteta, Zdravniško društvo.
7. Jones, J. W., McCullough, L. B. in Richman, B. W. (2005). Informed consent: it's not just signing a form. *Thorac Surg Clin.* Pridobljeno 20. 8. 2014, s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16276809>.
8. Košir, A. (2004). Spoštovanje etičnega načela avtonomije – temelj obravnave bolnika kot subjekta v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, (38), 293–303.
9. Krušič Mate, Z. (2010). Pravica do zasebnosti v medicini: zdravnikova pojasnilna dolžnost, pacientova informirana privolitev, varstvo osebnih podatkov. Ljubljana: GV Založba.
10. McHale, J., Fox, M. in Murphy, J. (1997). *Health care law: text, cases and materials*. London: Sweet & Maxwell.
11. Olver, I. N., Whitford, H. S., Denson, L. A. idr. (2009). Improving informed consent to chemotherapy: a randomized controlled trial of written information versus an interactive multimedia CD-ROM. *Patient Educ Couns*, 74 (2), 197–204. Pridobljeno 20. 6. 2014, s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18945572>.
12. Senica, M. (2009). *Izražanje verske svobode Jehovovih prič pri brezkrvnem zdravljenju* (Diplomska naloga). Maribor: Pravna fakulteta univerze v Mariboru.
13. Sodba in sklep Vrhovnega sodišča Republike Slovenije z opr. št. II Ips 94/2015 z dne 2. 7. 2015 VSL I Cp2868/2014. Pridobljeno 10. 9. 2017, s <http://www.sodisce.si/vsrs/odlocitve/2015081111383902/>.
14. Strojina, T. (1998). *Uvod v zdravstveno pravo: (izbrana poglavja iz zdravstvene zakonodaje)*. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije.
15. Šelih, A. (1998). Pogoji in meje kazenske odgovornosti zdravstvenega delavca, zlasti zdravnika. V A. Polajnar - Pavčnik (ur.) in D. Wedam - Lukić (ur.), *Pravo in medicina* (str. 165–191). Ljubljana: Cankarjeva založba.
16. Ule, M. (2005). *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
17. *Zakon o pacientovih pravicah.* (2008). Uradni list RS. Pridobljeno 2. 6. 2014, s [http://www.mz.gov.si/si/mz_zavvas/pacientovepravice/zakonodajazakonopacientovihpravicaihinpodzakonskiakti/](http://www.mz.gov.si/si/mz_zavvas/pacientovepravice/zakonodajazakonopacientovihpravicahinpodzakonskiakti/).

Trg zdravil in izdatki za zdravila

UDK 615.2/3:339.13

KLJUČNE BESEDE: zdravstveno varstvo, zdravila, trženje, izdatki za zdravila, Slovenija

POVZETEK - Slovenija in razvite države sveta se zaradi staranja populacije soočajo z naraščanjem izdatkov za zdravstveno varstvo. Pomemben delež med temi izdatki so tudi izdatki za zdravila, ki pa naj bi glede na napovedi rasli tudi v prihodnje. Na podlagi analize dokumentov predstavimo obseg potrošnje zdravil v svetu, s posebnim poudarkom na državah Evropske unije in Slovenije v obdobju od leta 2004 dalje. Ob tem ugotavljamo, da ima Slovenija kljub majhni populaciji enega izmed bolj razvitih trgov zdravil v Srednji in Vzhodni Evropi, ki ima popolnoma usklajene ključne zakone s področja farmacije s standardi EU. Glavna razloga za to sta dolga tradicija farmacevtske proizvodnje in visoka raven povezanosti z EU in Zahodno Evropo na splošno. Rezultati kažejo, da izdatki za zdravila na recept kot za zdravila za samozdravljenje rastejo. Hkrati pa ugotavljamo, da se spreminjajo izdatki glede na vrsto zdravil. Glede na navedeno ne preseneča, da pristojne institucije veliko časa in energije namenjajo ozaveščanju zdravnikov in pacientov o preudarni uporabi zdravil, kar naj bi izboljšalo učinke zdravljenja, zmanjšalo tveganja glede neželenih učinkov in vplivalo na učinkovitejšo porabo sredstev za zdravila. Zelo pomembna pa je tu tudi zakonodaja, ki bo urejala financiranje zdravstva v prihodnosti.

UDC 615.2/3:339.13

KEY WORDS: health care, medicines market, expenditure for medicines, Slovenia

ABSTRACT - As a result of the aging population, Slovenia and developed countries of the world are facing an increase in healthcare expenditure. Expenditure for medicines is also an important part, which is expected to grow in the future as well. Based on the document analysis, we present the scope of medicines consumption in the world, with a special focus on the countries of the European Union and Slovenia, in the period from 2004 onwards. At the same time, we find that, despite the small population, Slovenia has one of the more developed markets for medicines in Central and Eastern Europe, which has completely harmonised the pharmacy laws with the EU standards. The main reasons for this is the long tradition of pharmaceutical production, as well as a high level of connection with the EU and Western Europe in general. The results show that expenditure for medicines, both on the prescription medicine market and on the self-medication product market, is growing. At the same time, we note that expenditure varies according to the medicine types. Accordingly, it is not surprising that the competent institutions devote a lot of time and energy to raising awareness of doctors and patients about the sensible and quality use of medicines, which should improve the effects of treatment, reduce the risks of side effects, and influence the more efficient use of medicine funds. Countries also pay a lot of attention to legislation that will regulate the financing of the healthcare sector in the future.

1 Uvod

Za trge 21. stoletja lahko rečemo, da je ponudba iz dneva v dan večja. To velja tudi za trg zdravil, kjer pa so zakonitosti ponudbe in povpraševanja, zaradi narave proizvodov in tudi virov plačil, nekoliko drugačne. Še vedno pa velja, da se obseg prodaje zdravil povečuje, s tem pa tudi izdatki posameznih držav za zdravila. K temu trendu prispevajo različni dejavniki, ki jih ni mogoče v celoti kontrolirati, zato države znotraj obstoječega sistema zdravstvenega varstva sprejemajo različne ukrepe. Vse z namenom in zavedanjem, da je dobro zdravstveno stanje prebivalstva v Evropski uniji pogoj za doseganje osnovnih ciljev Evropske unije, kot so blaginja, solidarnost in varnost.

2 Socialno in zdravstveno varstvo v Sloveniji in svetu

Evropske države so se že pred več kot sto leti začele zanimati za zdravje in organizirano varstvo ljudi. A na začetku, ob nizkem bruto domačem proizvodu, je bilo malo možnosti alokacije sredstev iz zasebne gospodarske dejavnosti na področja javnega zdravstva in tudi sicer socialne varnosti. Tako so prvi uspehi na tem področju nastali v obdobju med obema vojnama, ko so nastali tudi naši zdravstveni domovi. Vendar so se ti ukvarjali samo s preventivo. Česen (2003, str. 13–14) pravi, da smo pravi razmah javne zdravstvene službe doživeli šele v obdobju gospodarskega razcveta (1955–1973). Javni izdatki za vsa področja socialne varnosti so tedaj izjemno hitro naraščali, in sicer najhitreje prav za zdravstveno varstvo. A trend je zaključila kriza, ki je imela za posledico večanje števila brezposelnih in hkrati tudi naraščanje števila upokojujencev. Slednjemu pa se je danes pridružilo še padanje rojstev.

Za večino držav Evropske unije, vključno s Slovenijo, so namreč značilne demografske spremembe. Pri tem posebej izpostavljamo staranje prebivalstva, kar ima za posledico vedno večje potrebe prebivalstva po zdravstvenih storitvah. Če so v preteklosti le redki dosegali visoko starost, temu sedaj ni tako (Grivec, 2017, str. 10). Ob tem pa velja, 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 (Rezolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025 – skupaj za družbo zdravja, 2015, str. 12). Vse to pa krepi pritiske države na izvajalce javnih zdravstvenih storitev in oskrbe, da varčujejo oziroma znižujejo stroške poslovanja. Pomemben del varčevalnih ukrepov temelji na ukrepih za manjšo in bolj smotno porabo zdravil ter za nabavo cenejših zdravil (Kajdiž in Bojnec, 2012, str. 619). Na hitro rast izdatkov za zdravstvo poleg staranja prebivalstva najbolj vplivajo še tehnološki napredek in vse večja pričakovanja prebivalstva po kakovostni zdravstveni oskrbi (Zver, 2016). Robida (2009, str. 18) kot razloge navaja tudi kronične bolezni in strm razvoj zdravstvenih tehnologij.

Evropska zdravstvena politika temelji na načelu, da je dobro zdravstveno stanje prebivalstva v Evropski uniji pogoj za doseganje osnovnih ciljev Evropske unije, kot so blaginja, solidarnost in varnost. Poleg tega so v zdravstveni strategiji Evropske unije predvideni trije cilji: spodbujanje dobrega zdravja v starajoči se Evropi, varovanje državljanov pred grožnjami za zdravje ter podpiranje dinamičnih zdravstvenih sistemov in novih tehnologij. Farmacevtski sektor, ki je eden najprožnejših sektorjev, z gospodarskega vidika pomembno prispeva k evropski blaginji, saj zagotavlja razpoložljivost zdravil, gospodarsko rast in trajnostna delovna mesta (http://www.europarl.europa.eu/aboutparliament/sl/displayFtu.html?ftuId=FTU_5.5.4.html).

Ena glavnih skrbi evropskih državljanov je njihovo dobro zdravstveno stanje, pri čemer zdravje razumemo kot stanje telesnega, psihičnega in socialnega blagostanja in samo kot odsotnost bolezni (Sočan, 2013, str. 17). Zdravo prebivalstvo je namreč nujni pogoj za zdravo gospodarstvo (Kramar Zupan, 2014, str. 180). Zato nas tudi neneh-

no opozarjajo, kako naj živimo, da bomo zdravi in da bomo dolgo živeli. K temu v veliki meri prispeva tudi ureditev zdravstvenega sistema.

2.1 Sistemi zdravstvenih zavarovanj in načini plačevanja izvajalcev

Sistemi zdravstvenega zavarovanja po posameznih državah se razlikujejo med seboj v mnogih pogledih. Prav tako pa so to zelo kompleksni družbeni sistemi, v katere se vključuje veliko deležnikov, in sicer vlada in njeni resorji, nosilci javnih socialnih dobrin in tudi zavarovanj, ponekod tudi zasebne zavarovalnice, organizacije izvajalcev zdravstvenih storitev ter organizacije uporabnikov, združene v razne interesne skupine in organizacije ter v civilne iniciative (Toth, 2015, str. 67).

Toth (2015, str. 65, 67) tako razlike vidi predvsem v načinu upravljanja s področjem na makro- in mikroravni, v vlogi in pristojnostih državnih organov in drugih deležnikov v sistemu, v načinu financiranja področja, v statusu izvajalcev ter nekaterih drugih podrobnostih. Vsekakor pa sistem oziroma model zdravstvenega varstva pomembno vpliva na dostopnost do zdravstvenih storitev (Kramar Zupan, 2014, str. 179). Financiranje zdravstvenega sistema lahko analiziramo po virih financiranja, iz katerih se neposredno pokriva izdatke za zdravstvene storitve in zdravila (državni proračun, občinski proračun, socialno zdravstveno zavarovanje, prostovoljno zdravstveno zavarovanje, gospodinjstva iz žepa, neprofitne inštitucije, družbe) (Zver, 2015, str. 13).

Glede financiranja in upravljanja lahko sisteme razvrstimo v tri skupine, in sicer v skupino z nacionalnim ali državno upravljanim sistemom, v skupino, ki temelji na načelih socialnih zavarovanj, ter v skupino zasebnih sistemov. Seveda poznamo pa tudi mešane sisteme. Kramar Zupanova (2014, str. 179) navaja, da se ti sistemi med seboj razlikujejo po načinu zagotavljanja sredstev za financiranje sistema, po načinu opravljanja sistema in po tem, ali temeljijo na solidarnosti in vzajemnosti ali na pridobitnosti.

Nedvomno velja, da ima vsaka država v modelih svoje značilnosti. Kramar Zupanova (2014, str. 179) ob tem poudarja, da sistemska ureditev v posameznih državah ni tista, ki določa kakovost zdravstva in večjo dostopnost zdravstvenih storitev. Velik vpliv ima gospodarska moč države. Več denarja pomeni tudi več možnosti za raziskave, tehnološki razvoj in napredek medicine, vse to pa vpliva na rezultate zdravljenja.

V Sloveniji imamo od leta 1992 različico Bismarckovega modela (Sočan, 2016, str. 27–28), ki temelji na načelih obveznega, z zakonom predpisanega javnega zavarovanja. Za delovanje sistema morajo vsi državljani, ki imajo dohodek, plačevati prispevke v ustreznem deležu tega dohodka v zdravstveno blagajno (obvezno zdravstveno zavarovanje, pri čemer prispevajo delavci in delodajalci) (https://sl.wikipedia.org/wiki/Bismarckov_model_zdravstvenega_varstva). Po principu solidarnosti pa so do osnovnega zdravstvenega zavarovanja upravičeni tudi osebe, ki nimajo dohodkov.

V Sloveniji se tako danes zdravstvene storitve opravljajo skozi mrežo javne zdravstvene službe in preko čistih zasebnih zdravstvenih delavcev (tabela 1). In sicer mrežo javne zdravstvene službe opravljajo javni zdravstveni zavodi in koncesionarji. Poleg njih pa v Sloveniji zasebno opravljajo zdravstveno dejavnost zasebni zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci brez koncesije.

Tabela 1: Javno in zasebno izvajanje ter financiranje zdravstvenih storitev

| | Mreža javne zdravstvene službe | | | | »Čisti« zasebni zdravstveni delavci |
|--------------|--------------------------------|----------------------|---------------|--------------------|--|
| | Javni zdravstveni zavodi | | Koncesionarji | | |
| Program | Javni | Zasebni | Javni | Zasebni | Zasebni |
| | OZZ* | zdravstveni trg** | OZZ | zdravstveni trg | zdravstveni trg |
| Izvajanje | javno | javno | zasebno | zasebno | zasebno |
| Financiranje | javno | zasebno | javno | zasebno | zasebno |

* obvezno zdravstveno zavarovanje

** prostovoljno zdravstveno zavarovanje in neposredna plačila

Vir: Česen, M. (2003). Management javne zdravstvene službe. Ljubljana: CTU, Center za tehnološko usposabljanje, str. 17.

Koncesionarji zasebno opravljajo programe iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki pa se javno financirajo. Pri tem Česen (2003, str. 16) opozarja, da pri njem ne gre za prehod nepridobitne javne zdravstvene službe v tržno dejavnost. Prav tako koncesionar ni nadomestilo za državo, saj z zasebno zdravstveno dejavnostjo koncesionar še vedno opravlja javno zdravstveno službo.

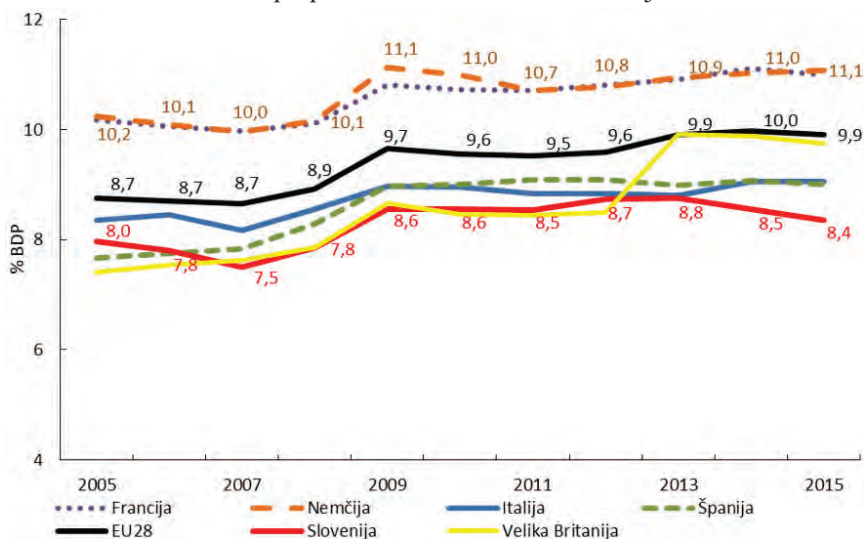
Če pogledamo še financiranje, vidimo, da se v javnih zdravstvenih zavodih storitve financirajo iz javnih in zasebnih virov. In sicer se preko zdravstvenega trga zasebno financirajo tudi zdravstvene storitve v samoplačniških ambulantah ter po pogodbah z organizacijami zasebnega sektorja (medicina dela, prometa in športa). Zasebno pa se financirajo tudi zdravstvene storitve koncesionarjev, ki jih ti opravljajo izven zdravstvenih programov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Česen, 2003, str. 16).

Financiranje slovenskega sistema zdravstvenega varstva torej temelji na plačevanju prispevkov za obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje. In se kot tako skoraj v celoti financira iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, katerega ponudnik je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji, 2016, str. 3). Obvezno zdravstveno zavarovanje slovenskemu zavarovancu omogoča enakost in solidarnost pri dostopnosti do zdravstvene storitve, ki je tako neodvisna od osebnega dohodka zavarovanca in mu omogoča socialno varnost tudi v manj ugodnih okoliščinah (bolezen, nezaposlenost ipd.). Premije za prostovoljno zdravstveno zavarovanje predstavljajo doplačilo do polne vrednosti za zdravstvene storitve, ki jih deloma že krije obvezno zdravstveno zavarovanje. Nabor zdravstvenih storitev, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, t. i. košarica zdravstvenih storitev, se je od ustanovitve ZZZS naprej samo širil. V razmerah, ko BDP v Sloveniji pada in se brezposelnost večja, je jasno, da se temu sorazmerno krčijo tudi vplačila prispevkov in s tem sredstva, ki jih ima za plačevanje zdravstvenih storitev na voljo zdravstvena blagajna. Brez omejevanja pravic zavarovancem lahko to vodi le v finančne izgube plačnika in z njim celotnega zdravstvenega sistema (Močnik, 2013).

2.1.1 Sistem financiranja zdravstvenih storitev v EU in Sloveniji

Zdravstveni sistemi so v državah članicah EU organizirani in financirani na različne načine, vendar bi se večina Evropejcev strinjala, da je univerzalen dostop do kakovostnega zdravstvenega varstva, ob zmernih stroških za posameznika in družbo na splošno, osnovna potreba. Prav to pa je ena od skupnih vrednot in načel zdravstvenih sistemov znotraj EU (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics). Tako kot so različni sistemi, pa je različen tudi znesek, ki ga države namenjajo za zdravstveno varstvo (graf 1).

Graf 1: Izdatki za zdravstvo po posameznih državah v obdobju od 2005 do 2015



Vir: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database; WHO, Global Health Expenditure Database. Pridobljeno s, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.

Kot vidimo iz grafa 1, imata v proučevanem obdobju med državami članicami EU največji delež izdatkov za zdravstvo v BDP Nemčija in Francija. Več kot 10-odstotni delež izdatkov za zdravstvo so imeli tudi na Švedskem, Nizozemskem in na Danskem ter v Belgiji. Na drugi strani pa imamo države, ki so v letu 2015 za zdravstvo namenile manj kot 7 % BDP. Te so: Litva, Poljska, Hrvaška, Estonija, Latvija, Romunija in Ciper. Slovenija je v letu 2015 za zdravstvo namenila 8,4 % BDP. To nas uvršča v drugo polovico držav EU.

Urad za makroekonomske analize in raziskave med drugim tudi ugotavlja, da so se v obdobju krize izdatki za zdravstvo v Sloveniji skrčili bistveno bolj kot v povprečju držav OECD. V letih 2010–2011 se je rast izdatkov za zdravstvo zelo umirila ali znižala v skoraj vseh državah OECD. Potem ko je bila rast v obdobju 2000–2009 v povprečju držav OECD letno realno 4,1-odstotna (v Sloveniji 3,8 %), je v letih 2010–2011 upadla na 0,2 %, v Sloveniji pa se je v tem obdobju v povprečju vsako leto znižala za 1,2 %. UMAR nadalje ugotavlja, da so se izdatki najbolj znižali v državah, ki jih je

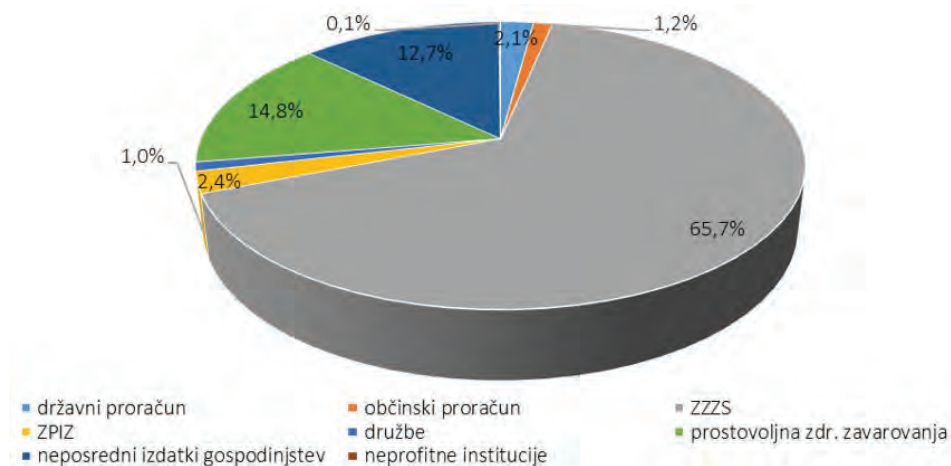
kriza prizadela močnejše, v več kot polovici držav OECD pa je bila njihova rast še vedno pozitivna. Ukrepi za znižanje izdatkov za zdravstvo so bili večinoma podobni kot v Sloveniji: znižanje ali umiritev rasti plač, zaposlenosti, administrativnih stroškov, zmanjševanje deleža kritja zdravstvenih storitev iz javnih virov ter znižanje marž za zdravila (Poročilo o razvoju 2014, 2014, str. 177). Zverova (2016) nadalje tako ugotavlja, da je bil v Sloveniji prispevek »preostalih ne-demografskih dejavnikov« k rasti javnih izdatkov za zdravstvo v obdobju 1995–2010 celo negativen. Pri tem kot razlog dodatno dodaja še omejitve v poslovanju ZZZS: poslovanje brez primanjkljaja in brez zadolževanja, uspešno obvladovanje rasti cen zdravil ter tudi možnost prenosa rastočih zdravstvenih potreb na dopolnilna zdravstvena zavarovanja (prožnost sistema financiranja). Kot razlog omenja še nizka vlaganja v nove tehnologije, nizka vlaganja v širitev programov ter večanje zaostankov v zmogljivosti. Ob tem pa dodaja, da smo kljub nizki rasti javnih izdatkov za zdravstvo ohranili kakovost in dostopnost približno na povprečju EU.

Analiza podatkov v času pokaže, da se na eni strani zmanjšuje delež javnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstveno varstvo, na drugi strani pa se povečuje delež zasebnih izdatkov, in sicer se je v Sloveniji s 26,6 % leta 2009 (kar je bilo nekoliko nad povprečjem EU) po predhodni oceni ZZZS povišal leta 2010 na 28,1 % in leta 2011 na 28,6 % (Poročilo o razvoju 2012, 2012, str. 178). A je ob tem potrebno takoj dodati, da se visok delež pokriva iz dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj (22 % leta 2009), ki omogočajo, da je za večino populacije cena večine zdravstvenih storitev in zdravil v celoti pokrita z zavarovanjem, deloma obveznim in deloma dopolnilnim.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje s tem omogoča dostopnost do široke košarice dobrin vsem zavarovancem in s tem pomembno prispeva k solidarnosti med zdravimi in bolnimi ter mladimi in starimi v financiranju zasebnih izdatkov za zdravstvo. Ob tem nekatere študije (Joint EPC-EC report on Health Systems, 2010; v: Poročilo o razvoju 2012, 2012, str. 178) opozarjajo na problem, da bi morala biti doplačila k zdravstvenim storitvam in zdravilom ne le instrument dodatnega vira financiranja zdravstva, temveč tudi način, s katerim se omejuje njihova prekomerna raba. Iz tega razloga so nekatere države (Francija, Nemčija) v zadnjih letih uvedle obveznost doplačila iz žepa (participacijo brez možnosti zavarovanja) za vsak obisk pri zdravniku in za vsako izdano zdravilo.

Na podlagi prvih ocen podatkov za leto 2014 za Slovenijo ugotavljamo, da so javni izdatki predstavljali 71,4 %. Hkrati pa iz spodnjega grafa vidimo, da v tekočih izdatkih (brez investicij) za zdravstvo predstavljajo proračunski viri (državni in občinski) 3,2 % (Zver, 2016).

Graf 2: Struktura tekočih izdatkov za zdravstvo po virih financiranja v Sloveniji leta 2014



Vir: Zver, E. H. (2016). Trendi v virih in izdatkih za zdravstvo v Sloveniji in državah EU. Pridobljeno s, http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/zver_eva_trendi_v_virih_in_izdatkih_za_zdravstvo_v_sloveniji_in_drzavah_eu.pdf.

2.1.2 Struktura izdatkov za zdravstvo v Sloveniji

Izdatke za zdravstvo pogosto analiziramo tudi glede na namen uporabe oz. vrsto dejavnosti. Če pogledamo spodnjo tabelo, ugotovimo, da je bil največji del izdatkov za zdravstveno varstvo v proučevanem obdobju porabljen za storitve kurativnega zdravljenja ter za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke (malo več kot tri četrtine tekočih izdatkov za zdravstveno varstvo v letu 2013). Sicer pa se je delež izdatkov za storitve kurativnega zdravljenja v letu 2013 povečal glede na leto 2012 (s 53,0 % na 53,2 %). Ravno tako se je v opazovanem obdobju povečal delež izdatkov za medicinsko-tehnične pripomočke (s 23,6 % v letu 2012 na 23,7 % v letu 2013). Tem izdatkom so po deležu v celotnih tekočih izdatkih za zdravstveno varstvo sledili izdatki za storitve dolgotrajne zdravstvene oskrbe (10 %) (Jacović, 2015).

Glede na velik delež sektorja zdravstvo v javnih financah je razumljivo, da je na to področje posegel tudi Zakon za uravnoteženje javnih financ. Le-ta prinaša novosti na več področjih zdravstvenega zavarovanja, med drugim tudi pri zdravilih (Fürst, 2012, str. 1). Tako na primer uvaja najvišje priznane vrednosti za terapevtske skupine zdravil. S tem se bo gotovo doseglo zmanjšanje naraščanja izdatkov, a se je potrebno zavedati, da ima, podobno kot vsi do sedaj uvedeni ukrepi, le omejene možnosti. Večjo vlogo pri tem imajo neposredni udeleženci v postopku predpisovanja in porabe zdravil. Z odgovornim predpisovanjem zdravil je namreč mogoče prihraniti mnogo več kot z novimi zakonskimi omejitvami. Ne glede na vse pa je tudi v svetu zaznati težnjo po znižanju izdatkov. Posledično nekatera zdravila, ki so bila do sedaj dostopna samo z receptom, uvrščajo med zdravila brez recepta (Diehl et al., 2008, str. 102). A tudi tu je potrebna preudarnost.

Tabela 2: Izdatki za zdravstveno varstvo po vrstah dejavnosti in virih financiranja, Slovenija, 2003–2013

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Bolnišnice | 37,3 | 38,1 | 38,7 | 38,7 | 38,2 | 40,9 | 40,5 | 40,3 | 40,9 | 40,5 | 40,3 |
| Ustanove za zdravstveno nego in domovi | 5,7 | 6,0 | 6,4 | 6,2 | 6,0 | 6,5 | 6,7 | 6,9 | 6,9 | 6,9 | 6,8 |
| Izvajalci ambulantnih zdravstvenih storitev | 25,2 | 25,2 | 24,9 | 24,5 | 25,2 | 24,0 | 23,2 | 23,5 | 23,2 | 22,6 | 22,2 |
| Prodaja zdravil in medicinsko-tehničnih prip. | 23,7 | 23,5 | 23,5 | 23,2 | 22,5 | 21,7 | 22,6 | 22,9 | 22,7 | 23,1 | 23,2 |
| Javne zdravstvene storitve | 0,5 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,6 | 1,2 |
| Splošna zdr. administracija in zavarovanje | 5,2 | 4,3 | 3,6 | 4,4 | 5,0 | 4,3 | 4,4 | 3,5 | 3,5 | 3,8 | 3,9 |
| Druge dejavnosti | 1,9 | 2,1 | 2,2 | 2,2 | 2,3 | 1,8 | 1,8 | 1,9 | 2,1 | 2,1 | 2,1 |
| Tujina | 0,4 | 0,2 | 0,1 | 0,3 | 0,3 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,3 | 0,3 |

Vir: Jacović, A. (2015). Celotni izdatki za zdravstveno varstvo so v letu 2013 znašali 3.278 milijonov EUR in so se zmanjšali. Pridobljeno, s http://www.stat.si/StatWeb/prikazi-novico?id=5306&idp=10&he_aderbar=8.

2.2 Trg zdravil

2.2.1 Trg zdravil v EU in svetu

Čeprav sta svet leta 2008 zajeli svetovna gospodarska in finančna kriza, ugotavljamo, da očitno nista prizadeli vseh dejavnosti enako. Tako lahko za farmacevtska podjetja rečemo, da jih je kriza zgolj oplazila. Pregled poslovanja teh podjetij namreč pokaže, da prihodki vseh rastejo, odločajo pa se tudi za investicije (Grivec, 2012, str. 217). Vse to pa vodi do pogostega proučevanja farmacevtske industrije, še posebej trga zdravil na recept. Z njimi namreč ustvarijo farmacevtska podjetja večino prihodkov (Ladeira idr., 2011, str. 262–263).

Razlog za to je tudi v dejstvu, da v kriznih časih ljudje vedno pogosteje posegamo po zdravilih, saj negotove razmere na trgu dela in nasploh v gospodarstvu puščajo posledice tudi na zdravju ljudi (Grivec, 2012, str. 217). Vse to pa, kot smo videli, povečuje izdatke za zdravstveno varstvo. Seveda pa se povečujejo tudi izdatki za zdravila po posameznih državah in svetu kot celoti. Tako je svetovna potrošnja zdravil v letu 2010 znašala 887 milijard dolarjev in se je do leta 2015 povečala za 182 milijard, in sicer na 1.069 milijard dolarjev. Pričakuje pa se tudi nadaljnja rast, in sicer naj bi leta 2020 potrošnja znašala med 1.400 in 1.430 milijard dolarjev oz. 349 milijard dolarjev več kot leta 2015 (Global Medicine Use in 2020: Outlook and Implications, 2015, str. 11).

Na podlagi napovedi iz decembra leta 2016 naj bi se skupni obseg zdravil, zaužitih po vsem svetu do leta 2021, povečal za okoli 3 % letno. Izdatki za zdravila pa se bodo povečali za 4–7 % in naj bi se od leta 2016 do leta 2021 povečali za 370 milijard dolarjev ter naj bi obsegali 1,5 bilijona dolarjev. Kot razlog v prvi vrsti navajajo novejša

zdravila na razvitih trgih in povečano porabo na razvijajočih se trgih. Pri tem avtorji poudarjajo, da bodo nižji izdatki na razvitih trgih posledica večje uporabe generičnih zdravil (ta naj bi v letu 2021 obsegala kar 92 % vseh predpisanih zdravil) ter večjega poudarka na ukrepih za določanje cen (Outlook for Global Medicines through 2021: Balancing Cost and Value, 2016, str. 1, 6 in str. 32).

V letu 2013 je največji delež porabe odpadel na trg Severne Amerike (ZDA in Kanada), in sicer kar 41 % vse porabe zdravil. Potem sledijo Evropa (27,4 %), Japonska (9,7 %) ter Afrika, Azija (brez Japonske) in Avstralija s 16,1 % in Latinska Amerika s 5,8 % (The Pharmaceutical Industry in Figures, 2014, str. 14–15). Pri tem je trg Slovenije za leto 2012 ocenjen na 495 milijonov EUR.

ZDA so vodilni svetovni trg, ki je v zadnjih petih letih rasel s 6,9 % rastjo in naj bi se tudi v prihodnjih petih letih povečal za 6–9 %. IMS Institute (Outlook for Global Medicines through 2021: Balancing Cost and Value, 2016, str. 7) pravi, da Kitajska v veliki meri stopa v korak z rastjo trga ZDA. Kitajska je postala številka dve svetovnega trga v letu 2012, ko je prehitela Japonsko, ki je bila številka dve na trgu od leta 1975. Tudi sicer na splošno velja, da so v zadnjem desetletju razvite države zdrsnile po lestvici porabe zdravil navzdol, saj se je povečala poraba v razvijajočih se trgih, kjer živi od 4 mrd. do 7 mrd. ljudi. Enaka napoved pa velja tudi za naslednjih pet let (Outlook for Global Medicines through 2021: Balancing Cost and Value, 2016, str. 9).

Po trditvah IMS Institute (Global Medicine Use in 2020: Outlook and Implications, 2015, str. 1–5) naj bi v letu 2020 imelo dostop do zdravil več svetovnega prebivalstva kot kadar koli prej, čeprav pa bodo med državami še naprej obstajale razlike. Tako naj bi potrošniki prejeli 4,5 milijarde odmerkov zdravil, kar je 24 % več kot v letu 2015. Pri tem bo več kot 50 % svetovnega prebivalstva porabilo več kot 1 odmerek zdravila na osebo na dan. Pri tem bodo količinsko porabo najbolj povečale Indija, Kitajska, Brazilija, Indonezija in Afrika, kjer je bila poraba pred tem najnižja. Uporaba zdravil v Afriki in na Bližnjem vzhodu se bo tako povečala s 300 na 500 milijard standardnih enot v letu 2020. Pri tem velja opozoriti, da bodo Savdska Arabija in druge zalivske države bistveno zmanjšale razkorak pri uporabi na prebivalca glede na razvite države, medtem ko bo poraba zdravil v podsaharski Afriki še vedno skromna. Skromno povečanje rasti porabe zdravil bo do leta 2020 zabeležilo tudi prebivalstvo, in sicer se bo poraba povečala iz 818 milijard na 916 milijard odmerkov. Pri tem se bo večina povečanja porabe nanašalo na srednje- in vzhodnoevropske države, kot je npr. Poljska. Ta pa ne sodi med največje potrošnice zdravil v Evropi, ampak so to Nemčija, Velika Britanija, Italija, Francija in Španija.

Teh »top 5« evropskih držav bo leta 2020 porabilo med 180 in 183 milijard dolarjev zdravil, kar je 40 milijard dolarjev več kot leta 2015. Med temi državami bo najbolj povečala porabo Nemčija, in sicer za 16 milijard dolarjev. Ostale države pa bodo zaradi počasnega okrevanja in proračunskih izzivov porabo povečevale počasi. IMS Institute (2015, v: Global Medicine Use in 2020: Outlook and Implications, 2015, str. 17–18) pri tem ugotavlja tudi, da se bo poraba preusmerila na generična zdravila in se na ta način ne bo tako hitro povečevala.

IMS Institute (2015, v: Global Medicine Use in 2020: Outlook and Implications, 2015, str. 11) ob tem izpostavlja, da je svetovna gospodarska kriza v zadnjih petih letih

imela velik vpliv na potrošnjo, a naj bi bile posledice sedaj odpravljene. Še posebej so gospodarske in socialne težave imele države v razvoju, Kitajska, Brazilija, Argentina in Venezuela. Pri tem pa opozarjajo tudi na nevarnosti zaradi dogajanja na Bližnjem vzhodu, šibkega kitajskega gospodarstva in težav latinskoameriških držav.

Podatki iz leta 2016 (*Outlook for Global Medicines through 2021: Balancing Cost and Value*, 2016, str. 44) kažejo, da je globalna rast porabe zdravil od leta 2011 posledica rasti porabe na razvijajočih se trgih, pri čemer raziskava poudarja, da je poraba na prebivalca v teh državah med posameznimi državami zelo različna. Tako je povprečna letna poraba zdravil na prebivalca v razvijajočih se državah še vedno zelo nizka, in sicer naj bi v letu 2021 znašala le 117 \$ na osebo, kar je v primerjavi z ZDA (1.955 \$), Kanado (776 \$), Japonsko (739 \$), petimi državami EU (577 \$), Avstralijo (513 \$) in Južno Korejo (295 \$) malo. Tako naj bi po ocenah azijski trgi, vključno z Indijo, Pakistanom in Bangladešem, na leto porabili 20–30 \$ na osebo. A tu je tudi problem, da milijoni še vedno nimajo dostopa do osnovnih zdravstvenih storitev (*Outlook for Global Medicines through 2021: Balancing Cost and Value*, 2016, str. 45).

2.2.2 Trg zdravil v Sloveniji

Nič drugače kot v svetu pa ni tudi v Sloveniji. Tudi v Sloveniji izdatki za zdravstvo naraščajo, še posebej izdatki za zdravila. Podatke o porabi ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji skladno z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva lekarne pošiljajo Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), od koder zbrane in obdelane podatke pošljejo Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje (NIJZ). A to ni vsa poraba zdravil. Za zdaj še nimamo sistema spremljanja porabe zdravil v bolnišnicah ter zdravil, izdanih brez recepta, ki pa bi bil nujen za celostno sliko o porabljenih zdravilih v Sloveniji (Kostnapfel Rihtar in Klepac, 2015, str. 5–6). Samo na ta način bi namreč lahko imeli celostne informacij za spremljanje in načrtovanje sistema zdravstvenega varstva. Po besedah Vošnjakove (2016) naj bi s konkretnimi podatki namreč vplivali na pravilno in odgovornejšo rabo zdravil, kar naj bi izboljšalo učinke zdravljenja, zmanjšalo tveganja glede neželenih učinkov zdravljenja in vplivalo na učinkovitejšo porabo sredstev za zdravila. Poleg omenjenih organov pa je za področje zdravil pomembna tudi Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke (JAZMP), ki je samostojna služba v okviru Ministrstva za zdravje in kot taka v Sloveniji glavni organ na področju urejanja področja zdravil. Tako ima trenutno dovoljenje za trgovanje na trgu okoli 4.500 proizvodov (Slovenia: Pharmaceuticals & healthcare report, 2014, str. 47).

Preden pogledamo obseg trga zdravil v Sloveniji, povejmo, da Business Monitor International (Slovenia: Pharmaceuticals & healthcare report, 2014, str. 9–10, 41) Slovenijo kljub majhni populaciji označuje kot enega izmed bolj razvitih trgov zdravil v Srednji in Vzhodni Evropi, ki ima popolnoma usklajene ključne zakone s področja farmacije s standardi EU. Glavna razloga za to sta dolga tradicija farmacevtske proizvodnje in visoka raven povezanosti z EU in Zahodno Evropo na splošno. Pri tem kot dodatno prednost poudarjajo visoko razvito domačo proizvodnjo (Krka in Lek) ter relativno premožno prebivalstvo, ki lahko troši. Prav tako pa nakup dražjih zdravil omogoča tudi visok delež dodatnih zavarovanj, ki pokriva razliko v ceni, ki jo krije

obvezno zavarovanje. Ob tem pa tudi opozarjajo na tradicionalno visoke stopnje predpisovanja zdravil. Istočasno avtorji raziskave tudi ugotavljajo prisotnost močnih domačih podjetij, zlasti na področju generičnih zdravil, ter opozarjajo na majhen in zrel trg (2 % BDP za farmacevtske proizvode), kar omejuje možnosti za tuja nova zdravila. Prav tako opozarjajo na močno kontrolo nad cenami, katerih sistem je pristranski v korist lokalnim generičnim zdravilom. Trg slednjih pa naj bi rasel tudi v prihodnje, saj se vlada osredotoča na zniževanje stroškov. Kljub vsemu pa je na trgu prisotna tudi večina drugih uglednih multinacionalk, ki so prisotne z uvozom, ki ga je še dodatno spodbudil vstop v evro območje na začetku leta 2007.

2.2.3 Trg zdravil na recept v Sloveniji

Na podlagi podatkov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ugotovimo, da je v letu 2012 vsaj en zeleni recept prejelo 1.485.133 (72,2 %) prebivalcev (Zdravila v obveznem zdravstvenem zavarovanju (OZZ) v letu 2012, 2013, str. 1). V letu 2015 pa še več, saj je vsaj en zeleni recept prejelo 1.515.703 (73,5 %) prebivalci (Zdravila v obveznem zdravstvenem zavarovanju v letu 2015, 2016, str. 6). Poraba zdravil na posameznika, ki je prejel recept, se je povečala za 1,8 %, v zadnjih 5 letih pa povprečno za 3,6 % letno (v obdobju 2006–2010 se je poraba povečevala povprečno za 5,3 % letno). Prav tako se je v letu 2012 zvišala poraba zdravil, merjena v definiranih dnevni odmerkih (DDD), in sicer za 1,4 %. V zadnjih petih letih se poraba povečuje povprečno za 3,7 % letno (Zdravila v obveznem zdravstvenem zavarovanju (OZZ) v letu 2012, 2013, str. 1). Fürst (2016, str. 8) ob tem dodaja tudi, da se je število prejemnikov zdravil na recept v obdobju od leta 2001 do leta 2015 povečalo za 6,8 %, in hkrati opozarja, da se je poraba zdravil na prejemnika v tem obdobju povečala kar za 61,5 %. Če pogledamo izdatke za zdravila in medicinske pripomočke v Sloveniji, vidimo, da ti skozi celotno obdobje proučevanja naraščajo, in sicer tako izdatki državnega kot tudi izdatki zasebnega sektorja (tabela 3).

Tabela 3: Izdatki za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke po letih in virih financiranja (v 1000 €)

| Vir / Leto | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Sektor država | 294.648 | 313.227 | 329.410 | 338.127 | 352.565 | 364.866 | 360.922 | 362.383 | 338.277 | 330.607 | 322.761 |
| Zasebni sektor | 231.081 | 246.116 | 255.510 | 277.272 | 310.317 | 354.197 | 36.342 | 368.386 | 404.027 | 415.355 | 401.122 |
| Izdatki-skupaj | 525.729 | 559.343 | 584.920 | 605.399 | 662.882 | 719.063 | 727.264 | 730.746 | 742.304 | 745.963 | 723.883 |

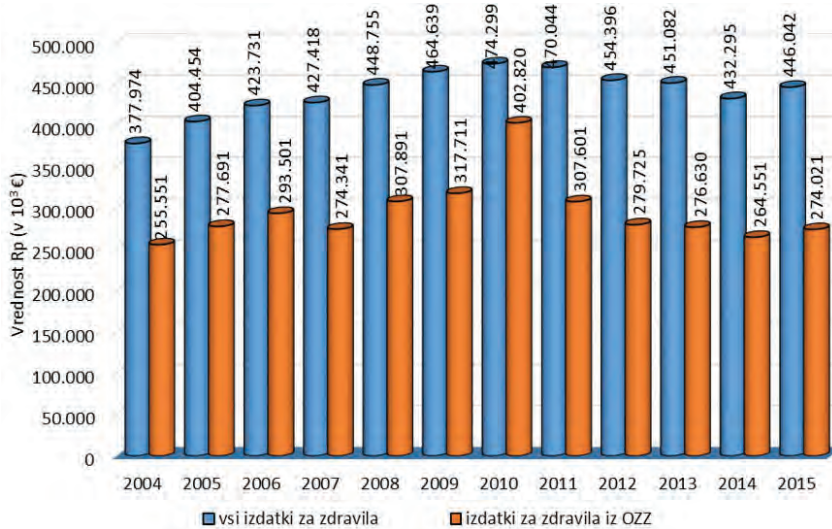
Vir: Jacović, A. (2016). Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo so bili v letu 2014 višji kot v letu 2013, znašali so 3.188 milijonov EUR. Spletna stran: <http://www.stat.si/StatWeb/prikazi-novico?id=5700&idp=10&headerbar=8>.

Če omenjene podatke pogledamo v luči celotnih izdatkov za zdravstveno varstvo, vidimo, da so bile več kot tri četrtine tekočih izdatkov za zdravstveno varstvo v opazovanem obdobju (78,8 % v letu 2003 in 78,7 % v letu 2010) porabljene za financiranje storitev kurativnega zdravljenja ter za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke (Marn, 2012). Podobno velja tudi za leto 2014, ko je ta delež znašal malo manj kot tri

četrtnine tekočih izdatkov za zdravstveno varstvo (74,7 %). Jacović (2016) še dodaja, da se je sicer delež izdatkov za storitve kurativnega zdravljenja v letu 2014 glede na leto 2013 zmanjšal (s 53,2 % na 52 %), prav tako tudi delež izdatkov za zdravila in drugo medicinsko blago (s 23,7 % na 22,7 %). To pomeni, da je ta delež manjši kot v letih 2010 (23,9 %) in 2003 (24,8 %), a skoraj enak kot v letu 2008 (22,8 %), ko je bil od leta 2003 do letos najmanjši (Marn, 2012).

Iz grafa 3 vidimo tudi, da so se skupni stroški za zdravila v letih 2011–2014 zmanjševali, prav tako delež zdravil iz OZZ: leta 2011 je bil 65,4 %, leta 2012 61,6 %, leta 2013 61,3 %, leta 2014 pa 61,2 % (Kostnapfel Rihtar et al., 2015b, str. 25). So pa se v letu 2015 tako skupni izdatki za zdravila kot tudi izdatki za zdravila v OZZ povečali (Kostnapfel Rihtar idr., 2016, str. 23).

Graf 3: Skupni stroški za ambulantno predpisana zdravila ter stroški za zdravila iz OZZ v letih 2004–2015



Vir: Kostnapfel Rihtar, T. idr. (2016). Splošni podatki o porabi zdravil v letu 2015. V T. Kostnapfel Rihtar in T. Albreht (ur.), *Poraba zdravil v Sloveniji v letu 2015*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, str. 23.

Mogoče je za natančnejši pregled porabe zdravil prav, da pogledamo še porabo zdravi po ATC skupinah. Analiza podatkov je pokazala, da v letu 2016 največji delež vrednosti porabe zdravil predstavljajo zdravila skupine L – zdravila z delovanjem na novotvorbe in imunomodulatorji (19,79 %), zdravila skupine C – zdravila za bolezni srca in ožilja (16,55 %), in zdravila skupine N – zdravila z delovanjem na živčevje (14,95 %) (https://partner.zzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravila_in_zivila_za_osebne_zdravstvene_namene/podatki_o_porabi_zdravil!/ut/p/z0/04_Sj9CPykyssy0xPLMnMz0vMAfl-jo8ziTQxdPd2N_Q08LSyCDQ0cjZzMzXz8XQ0sTAz0C71dFQGdnpEx/). Glede na slog življenja, staranje prebivalstva in splošno zdravstveno stanje ter ne nazadnje tudi gospodarske razmere struktura porabe niti ne preseneča.

Ne glede na vse ZZS ugotavlja, da se trend rasti porabe zdravil počasi zaustavlja. Prav tako so spodbudni podatki o porabi protibakterijskih antibiotikov, saj se je ob enaki skupni porabi struktura ugodno spremenila. Posebej je potrebno izpostaviti pomembno zmanjšanje porabe makrolidov. Na področju psihotropnih zdravil izstopa znižanje porabe anksiolitikov in hipnotikov. Če bomo uspeli zaustaviti ali sprva vsaj zmanjšati rast polifarmakoterapije, ki ni tema tega pregleda, a je tesno povezana s porabo zdravil, bo mogoče skleniti, da se kakovost predpisovanja zdravil objektivno izboljšuje (Zdravila v obveznem zdravstvenem zavarovanju v letu 2012, 2013, str. 23).

Na izdatke za zdravila poleg same porabe gotovo vplivajo tudi cene zdravil. Terapevtske skupine zdravil, ki jih določa ZZS, združujejo različna zdravila z enako terapevtsko indikacijo, ki so med seboj primerljiva v učinkovitosti in varnosti. (Kostnapfel Rihtar idr., 2015a, str. 18). Pri tem naj omenimo, da je po decembru 2010 sledilo sklepanje krovnih dogovorov z inovativnimi farmacevtskimi družbami za znižanje cen na povprečno raven 6 % pod najvišjimi dovoljenimi cenami. Februarja 2012 je bila uveljavljena novela Pravilnika o določanju cen zdravil za uporabo v humani medicini, ki je zaostрила merila za določanje cen generičnih zdravil. Za originalna zdravila pa je ZZS sklenil anekse h krovnim dogovorom, s katerimi so bile dosežene povprečno 9 % nižje cene od najvišjih dovoljenih. Najvišje priznane vrednosti se določajo na 2 meseca. Hkrati se s tem dopolnjuje tudi seznam medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo. Ta se je v letu 2012 razširil s 94 na 100 skupin zdravil in vsebuje že 828 zdravil (leta 2011: 776) (Zdravila v obveznem zdravstvenem zavarovanju v letu 2012, 2013, str. 11). Na izdatke za zdravila je vplivala tudi uvedba terapevtskih skupin zdravil (Fürst, 2015). Do konca leta 2014 so bile uvedene naslednje terapevtske skupine zdravil: zaviralci protonske črpalke, zaviralci angiotenzinske konvertaze, zdravila za spreminjanje ravni serumskih lipidov, zdravila z acetilsalicilno kislino, 100 mg, zdravila z imatinibom, zdravila s triptani in zdravila z lokalnim delovanjem za zdravljenje glavkoma (Kostnapfel Rihtar idr., 2015a, str. 18). Vse to vpliva tudi na tržne deleže, ki jih imajo farmacevtska podjetja na slovenskem trgu.

Nacionalni inštitut za javno zdravje ugotavlja, da so na slovenskem tržišču prisotna zdravila številnih predlagateljev. A podatki kažejo, da so bila v letu 2011 najpogosteje predpisana zdravila, katerih predlagatelja registracije sta bila Krka (25,5 % vseh receptov) in Lek (14,2 %). Vrednostno pa so zdravila teh dveh farmacevtskih podjetij predstavljala 15,4 % oz. 6,7 % delež. Sledila so Novartis (5,2 %), Merck (4,5 %), Pfizer (4,0 %) in ostali (Pečar - Čad in Hribovšek, 2012, str. 18).

A dejanski tržni deleži farmacevtskih podjetij v Sloveniji se od teh, narejenih na podlagi na recept predpisanih zdravil, razlikujejo. Zadnji podatki sicer kažejo, da ima tudi sicer Krka vodilni tržni delež med farmacevtskimi podjetji, in sicer je ta leta 2012 bil 12,0 % (Slovenia: Pharmaceuticals & healthcare report, 2014, str. 55) in leta 2015 9,5-odstoten med vsemi na trgu prisotnimi proizvajalci zdravil (Letno poročilo 2015, 2016, str. 55). Do odstopanj prav gotovo prihaja tudi zaradi porabe zdravil, ki jih lahko potrošniki kupijo brez recepta. Ta so v celotni prodaji podjetja Krka znašala 15 %.

2.2.3 Trg zdravil brez recepta v Sloveniji

Kot smo že omenili, v Sloveniji nihče ne spremlja podatkov o t. i. OTC trgu oz. o prodanih zdravilih brez recepta. Je pa jasno, da se ta zdravila prodajajo v lekarnah, kjer pa poleg zdravil prodajajo tudi medicinske pripomočke, higienske in kozmetične izdelke, zato je presoja o prodaji zdravil brez recepta po prodaji lekarn neizvedljiva.

Business Monitor International (Slovenia: Pharmaceuticals & healthcare report, 2014, str. 24–25) ocenjuje velikost trga zdravil brez recepta v letu 2013 na 70 milijonov EUR in naj bi po njihovih ocenah do leta 2018 narasel na 80 milijonov EUR (2,7 % letna rast). Pri tem predpostavljajo, da bo trg rasel tudi na račun trga zdravil na recept. Na dolgi rok pa naj bi k rasti prispevala tudi generacijska menjava in boljša prepoznavnost zdravil brez recepta. Ocenjevalci namreč menijo, da se mlajši potrošniki raje odločajo za ta zdravila, kot da bi obiskali zdravnika. Zaradi povečanega zanimanja za zdravo življenje in dobro počutje naj bi še posebej rasla tudi potrošnja vitaminov in prehranskih dodatkov. Prav tako pa vidijo priložnost v tem, da vlada zdravila na recept spremeni v zdravila brez recepta, kar naj bi bil eden izmed načinov za omejevanje izdatkov. Kot razlog za tako majhen trg pa poleg števila prebivalcev omenjajo tudi močno konkurenco s strani domačih proizvajalcev (Krka in Lek) ter tudi zahtevne in drage postopke za vstop na trg in potem na to vezane izdatke za oglaševanje. Bor Bitenc ob tem opozarja, da so zaradi zelo dragega prihoda na slovenski trg, kar je posledica naših togih predpisov, višje tudi cene. Registracija zdravila namreč lahko stane tudi sto tisoč evrov, tudi če se že prodaja vsehovsod po Evropi. Poleg tega pa ti postopki lahko trajajo tudi več kot eno leto (Rabuza, 2016).

Zadnji podatki za Slovenijo na področju trga zdravil brez recepta kažejo, da je trg zdravil brez recepta in ostalih izdelkov OTC v prvi polovici leta 2016 skupno znašal 54,4 milijona evrov. V primerjavi z letom 2015 je zrasel za 1,0 %. Pri tem Urbančič-Zupančičeva (2016) izpostavlja, da so najbolj prodajano skupino med zdravili brez recepta predstavljala zdravila za bolečino. Največjo rast so imeli produkti za sproščanje, stres in nemir ter nespečnost (13,4 %), enteralna prehrana (10,7 %) in produkti za nego kože (10,4 %). Največji padec prodaje pa produkti za kašelj, prehlad in ostala respiratorna sredstva (–8,3 %).

Po ugotovitvah Lekarniške zbornice Slovenije je bilo leta 2015 med najbolj priljubljenimi protibolečinskimi zdravili brez recepta zdravilo Aspirin 500 mg, za lajšanje težav s kašljem se pogosto uporablja pastile Isla moos, pri težavah z želodcem se bolniki najpogosteje odločajo za Rupurut, Iberogast pa odpravlja prebavne težave (Rabuza, 2016).

3 Zaključek

V prispevku smo videli, da pomemben del vsakdanjega življenja in zdravja številnih potrošnikov v različnih kulturah predstavljajo različna zdravila, tako na recept kot brez recepta. Kakšno je razmerje med njimi, je odvisno tudi od ureditve v posamezni državi ter splošnega gospodarskega stanja.

Danes lahko še vedno rečemo, da sistemi socialne zaščite v Sloveniji trenutno še zagotavljajo dobro socialno varnost, nadpovprečno dostopen sistem zdravstva in zmanjšujejo tveganje revščine. Zaradi upočasnitve gospodarske rasti in staranja prebivalstva pa se, kot je že bilo rečeno, hitro povečujejo pritiski na rast javnih sredstev za njihovo financiranje. Ob tem se moramo zavedati, da se na področju zdravstva in dolgotrajne oskrbe potrebe hitro povečujejo, reformi sistemov pa se pripravljata že več kot desetletje. Izzivov na področju zdravstva je tako v Sloveniji kot svetu še veliko. Pomembno vlogo pri tem pa imamo tudi potrošniki, ki moramo začeti ravnati veliko bolj preudarno.

LITERATURA

1. Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji (2016). Pridobljeno 9. 1. 2017, s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/analiza_ZS_povzetek_in_kljucne_ugotovitve_lektorirana_verzija.pdf.
2. Česen, M. (2003). Management javne zdravstvene službe. Ljubljana: CTU, Center za tehnološko usposabljanje.
3. Diehl, S. idr. (2008). Consumer responses towards non-prescription and prescription drug advertising in the US and Germany They don't really like it, but they do believe it. *International Journal of Advertising*, 27 (1), 99–131.
4. Fürst, J. (2012). Uvodnik. Recept. Bilten o zdravilih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, 410 (1), 1.
5. Fürst, J. (2016). Poraba zdravil z vidika racionalnega predpisovanja. Pridobljeno 15. 12. 2016, s <http://www.mf.uni-lj.si/media-library/2016/05/77907aba9c6f577776a8e215707f91f0.pdf>.
6. Global Medicine Use in 2020: Outlook and Implications (2015). New York: Ims Institute for Healthcare Informatics.
7. Grivec, M. (2012). Trženje zdravil v luči gospodarske krize. V J. Starc (ur.), *Izzivi globalizacije in družbeno-ekonomsko okolje EU* (str. 200–210). Novo mesto: Fakulteta za poslovne in upravne vede in Visoka šola za upravljanje in poslovanje.
8. Grivec, M. (2017). Vpliv oglaševanja zdravil na potrošnike in zdravnike (Doktorska disertacija). Novo mesto: Fakulteta za upravne in poslovne vede Novo mesto.
9. Jacović, A. (2015). Celotni izdatki za zdravstveno varstvo so v letu 2013 znašali 3.278 milijonov EUR in so se zmanjšali. Pridobljeno 18. 3. 2016, s <http://www.stat.si/StatWeb/prikazinovico?id=5306&idp=10&headerbar=8>.
10. Jacović, A. (2016). Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo so bili v 2014 višji kot v 2013, znašali so 3.188 milijonov EUR. Pridobljeno 29. 12. 2016, s <http://www.stat.si/StatWeb/prikazinovico?id=5700&idp=10&headerbar=8>.
11. Kajdiž, R. in Bojnec, Š. (2012). Ali regulacija in kritje cen zdravil vplivata na javne izdatke za zdravila? *Zdravstveni vestnik*, 81 (9), 618–625.
12. Kostnapfel Rihtar, T. idr. (2015a). Spremljanje porabe zdravil kot pomemben dejavnik javnega zdravja. V T. Kostnapfel Rihtar in T. Albreht (ur.), *Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji – 2014* (str. 13–19). Ljubljana: Nacionalni institut za javno zdravje.
13. Kostnapfel Rihtar, T. idr. (2015b). Splošni podatki o porabi zdravil v letu 2014. V T. Kostnapfel Rihtar in T. Albreht (ur.), *Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji – 2014* (str. 20–32). Ljubljana: Nacionalni institut za javno zdravje.
14. Kostnapfel Rihtar, T. idr. (2016). Splošni podatki o porabi zdravil v letu 2015. V T. Kostnapfel Rihtar in T. Albreht (ur.), *Poraba zdravil v Sloveniji v letu 2015*. Ljubljana: Nacionalni institut za javno zdravje.

15. Kostnapfel Rihtar, T. in Klepac, P. (2015a). Uvod – namen spremljanja porabe zdravil. V T. Kostnapfel Rihtar in T. Albreht (ur.), *Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji – 2014* (str. 5–6). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
16. Kramar Zupan, M. (2014b). Skupnostna psihiatrična obravnava kot multidisciplinarni timi v osnovnem zdravstvu. V M. Blažič in N. Kregar Velikonja (ur.), *Interdisciplinarno povezovanje za pretok znanja med teorijo in prakso* (str. 179–188). Novo mesto: Visokošolsko središče, Fakulteta za zdravstvene vede.
17. Ladeira, W. J. idr. (2011). Drug prescription practices in Brazil: a structural equation model. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 5 (4), 262–278.
18. Letno poročilo 2015 (2016). Novo mesto: Krka, d. d., Novo mesto.
19. Marn, S. (2012). Izdatki in viri financiranja zdravstvenega varstva, Slovenija, 2003–2010. Pridobljeno 15. 10. 2015, s http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?ID=4776.
20. Močnik, U. (2013). Javno zdravstvo – grešni kozel finančne krize? Pridobljeno 15. 10. 2015, s <http://www.delo.si/revolt/zdravstvo/javno-zdravstvo-ndash-gresni-kozel-financne-krize.ht> ml.
21. OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database; WHO, Global Health Expenditure Database. Pridobljeno 9. 10. 2017, s <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
22. *Outlook for Global Medicines through 2021: Balancing Cost and Value* (2016). New York: QuintilesIMS Institute.
23. Pečar - Čad, S. in Hribovšek, T. (2012). Ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji po ATC klasifikaciji v letu 2011. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike.
24. Poročilo o razvoju 2012 (2012). Izdatki za zdravstvo 2012. Pridobljeno 11. 12. 2012, s http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2012/04/08_izdatkizazdravstvo.pdf.
25. Poročilo o razvoju 2012 (2012). Ljubljana: UMAR. Pridobljeno 10. 5. 2014, s http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2012/PoR_2012.pdf.
26. Poročilo o razvoju 2014 (2014). Ljubljana: UMAR. Pridobljeno 10. 5. 2014, s http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2014/POR%202014.pdf.
27. Pridobljeno 15. 2. 2016, s http://www.europarl.europa.eu/aboutparliament/sl/displayFtu.html?ftuId=FTU_5.5.4.html.
28. Pridobljeno 15. 5. 2016, s https://sl.wikipedia.org/wiki/Bismarckov_model_zdravstvenega_varstva.
29. Pridobljeno 20. 5. 2016, s http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics.
30. Pridobljeno 5. 2. 2017, s https://partner.zzvs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravila_in_zivila_za_osebne_zdravstvene_namene/podatki_o_porabi_zdravil!/ut/p/z0/04_Sj9CPyKssy0xPLMnMz0vMAfljo8ziTQxdPd2N_Q08LSyCDQ0cjZzMzXz8XQ0sTAz0C7IdFQ-GdnpEx/.
31. Rabuza, M. (2016). Zakaj za zdravila brez recepta plačujemo več kot sosedi? Pridobljeno 11. 12. 2016, s <http://siol.net/novice/slovenija/zakaj-za-zdravila-brez-recepta-praviloma-placujemo-vec-kot-sosedi-427485>.
32. 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 www.mz.gov.si/fileadmin/mz.../Resolucija_popravljen_verzija_29_06_2015.doc.
33. Robida, A. (2009). Pot do odlične zdravstvene prakse: vodnik za izboljšanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV.
34. Slovenia: Pharmaceuticals & healthcare report: Includes 10-year forecast to 2023. (2014). Ondon: Business Monitor International.
35. Sočan, M. (2013). Javno zdravje. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
36. *The Pharmaceutical Industry in Figures* (2014). Brussels: The European federation of pharmaceutical Industries and Associations.
37. Toth, M. (2015). Najbolj značilni sistemi zdravstvenih zavarovanj in načini plačevanja izvajalcev. V Evropa, zdravstvo in mi. 18. jesensko srečanje članov Društva ekonomistov v zdravstvu (str. 65–76). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.

38. Urbančič-Zupančič, K. (2016). Trg zdravil in ostalih OTC izdelkov v kanalu lekarn v prvi polovici leta 2016. Pridobljeno 11. 12. 2016, s <https://www.kemofarmacija.si/wps/wcm/connect/SL/Domov/Za+medije/Aktualno/Landing/Trg+zdravil+in+ostalih+OTC+i izdelkov+v+kanalu+lekarn+v+prvi+polovici+leta+2016>.
39. Vošnjak, A. (2016): Vsak Slovenec dobi na leto več kot osem receptov. Pridobljeno 20. 6. 2016, s <https://www.dnevnik.si/1042741103/slovenija/vsak-slovenec-dobi-na-leto-vec-kot-osem-receptov>.
40. Zdravila v obveznem zdravstvenem zavarovanju (OZZ) v letu 2012. Pridobljeno 15. 12. 2014, s https://partner.zzzs.si/wps/wcm/connect/60bd8338-1469-4a5a-a49e-4a6ea0043273/Poraba+zdravil+2012_i.docx?MOD=AJPERES&ContentCache=NONE.
41. Zdravila v obveznem zdravstvenem zavarovanju v letu 2012 (2013). Recept: Bilten o zdravilih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 11 (1), 9–23.
42. Zdravila v obveznem zdravstvenem zavarovanju v letu 2015 (2016). Recept, 13 (1), 6–21.
43. Zver, E. H. (2015). Primerljivost ekonomskih in drugih kvantitativnih vidikov zdravstva med Slovenijo in EU. V Evropa, zdravstvo in mi. 18. jesensko srečanje članov Društva ekonomistov v zdravstvu (str. 9–18). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
44. Zver, E. H. (2016). Trendi v virih in izdatkih za zdravstvo v Sloveniji in državah EU. Pridobljeno 15. 6. 2016, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/zver_eva_trendi_v_virih_in_izdatkih_za_zdravstvo_v_sloveniji_in_drzavah_eu.pdf.

Pomen pravilne polifarmakoterapije pri obvladovanju starostne krhkosti

UDK 616-053.9-085

KLJUČNE BESEDE: krhkost, starostniki, polifarmakoterapija, orodja, predpisovanje

POVZETEK - Z izzivom demografskega staranja se zadnja leta sooča večina evropskih držav, podpora zdravemu, aktivnemu staranju postaja vse pomembnejša. Ustrezno zdravljenje z zdravili je pri starejših, multimorbidnih pacientih, ki so pogosto zdravljeni z več zdravili sočasno, ključnega pomena. Neustrezno zdravljenje z zdravili poveča pojavnost neželenih učinkov, interakcij, hospitalizacij, stroškov nege ter lahko celo poveča incidenco krhkosti. Evropska komisija je kot pomoč državam članicam pri obvladovanju starostne krhkosti finančno podprla projekt JA Advantage, v sklopu katerega je bil narejen pregled literature s področja menedžmenta polifarmakoterapije pri starostnikih z multimorbidnostjo. Namen prispevka je bil ugotoviti stanje na tem področju in na podlagi izsledkov načrtovati prihodnje delo. Ugotovljeno je bilo, da je za oceno polifarmakoterapije pri starejših na voljo veliko orodij, vendar nobeno od njih ne vključuje vseh potrebnih vidikov. V prihodnje bodo morali biti programi, ki urejajo področje predpisovanja zdravil starejšim, multidisciplinarni in usmerjeni na pacienta, ob upoštevanju značilnosti zdravstvenega sistema v državi, vse z namenom zagotavljanja učinkovitosti in varnosti. Interdisciplinarna obravnava in usmerjeno prepoznavanje pacientov, ki potrebujejo celovit pristop k predpisovanju zdravil oz. farmacevtski oskrbi, sta ključna za uspešno implementacijo.

UDC 616-053.9-085

KEY WORDS: frailty, elderly, polypharmacotherapy, tools, prescription Recently, most

ABSTRACT - European countries have been facing the challenge of demographic ageing; support for active, healthy ageing has been gaining importance. Appropriate treatment is crucial for older patients with several chronic diseases, who are often treated with multiple medications. Inadequate treatment with medications increases the incidence of adverse reactions, interactions, hospitalisations, the cost of care; it can exacerbate fragility or increase its incidence. To assist Member States in managing age-related fragility, the European Commission financially supports JA Advantage project. In its frame, a literature review was conducted in the field of polypharmacotherapy management in older people with multimorbidity. The objective was to identify the current situation and plan the future work. It was found that many tools are available for the evaluation of polypharmacotherapy, but none of them includes all the necessary aspects. Future programs that regulate the prescription of medicines to older people should be multidisciplinary, patient-oriented and should take into account the characteristics of the health system in the country with the aim of warranty of efficiency and safety. An interdisciplinary approach and targeted identification of patients who need a holistic approach for prescribing and pharmaceutical care are of key importance for a successful implementation.

1 Teoretična izhodišča

Večina evropskih držav se zadnja leta sooča s problematiko demografskega staranja, ki predstavlja enega najresnejših izzivov. Vse večji pomen zato pridobiva podpora aktivnemu in zdravemu staranju, tako z vidika izboljšanja kvalitete življenja prebivalstva, kot tudi z vidika zmanjšanja pritiska na zdravstvene sisteme (The Action Group on Frailty Story, 2015). Danes je znano, da lahko proces, ki vodi do nastanka starostne krhkosti in oslabiljenosti upočasnimo ali celo zaustavimo. Pri tem so ključnega pomena zgodnje intervencije (Uchmanowicz, Lisiak, Wontor in Loboz-Grudzien, 2015;

Gabrovec in Skela Savič, 2017). Starejši imajo pogosto sočasno več kroničnih ter akutnih bolezni in prevalenca le teh s starostjo postopno in vztrajno narašča. Govorimo o multimorbidnosti. Za zdravljenje teh bolezni je običajno potrebnih več zdravil. Sočasno zdravljenje z več zdravili imenujemo polifarmakoterapija, uporabljata pa se tudi pojem polifarmacija (Palmer, Marengoni, Russo, Mammarella in Onder, 2016). Danes sta multimorbidni že skoraj dve tretjini posameznikov, starih 80 in več let, kar kažejo epidemiološki podatki. Iz literature je razvidno, da je po zadnjih podatkih v Sloveniji okrog 17 % prebivalcev starejših od 65 let. Omenjeni starostni skupini je že danes predpisanih največ receptov (Možina in Voljč, 2017). Multimorbidnost nedvomno predstavlja pomemben javnozdravstveni problem, saj vpliva na kakovost življenja in prispeva k visokemu ekonomskemu bremenu zaradi kompleksnih in pogostih potreb po zdravstvenih storitvah, tudi hospitalizacijah (Barnett idr., 2012; Ornstein idr., 2013).

Polifarmakoterapija predstavlja vse večji izziv na mednarodni ravni prav zaradi starajočega se prebivalstva in s tem povezane multimorbidnosti. Preko 50 % ljudi, starih 65 let ali več, prejema pet ali več zdravil sočasno. Upoštevanje smernic za obravnavo posameznih bolezni pogosto predstavlja za starejše ljudi breme. Predpisovanje zdravil, ki niso več indicirana, kot tudi neustrezno predpisovanje zdravil povečajo pojavnost interakcij z zdravili, neželenih učinkov, število hospitalizacij ter stroškov nege in lahko celo poslabšajo krhkost. Polifarmakoterapija lahko pri moških v časovnem obdobju dveh let poveča incidenco krhkosti za kar dvakrat, kar je razvidno iz strokovne literature (Gnjidic idr., 2012). Znano je tudi, da so določena zdravila, kot npr. zaviralci protonске črpalke, diuretiki in antiholinergična zdravila povezana s faktorji, povezanimi s krhkostjo in tudi s krhkostjo samo (Bronskill idr., 2012; Gokce Kutsal idr., 2009). Prav tako danes vemo, da se farmakološko zdravljenje starejših pacientov lahko razlikuje skladno s stopnjo krhkosti. Koristi določenega farmakološkega zdravljenja so lahko manjše v primeru že razvite krhkosti (Palmer idr., 2016). Krhki starostniki s polifarmakoterapijo so v primerjavi s pacienti, pri katerih krhkost ni razvita in ki ne jemljejo več zdravil sočasno, visoko rizični. Potrebna je takojšnja geriatrična ocena ter seveda ustrezno zdravljenje. Glede na vsa navedena dejstva je razvidno, da je ukrepanje proti neprimerni polifarmakoterapiji zelo pomembno za preprečevanje in obvladovanje krhkosti pri posameznikih (Morley idr., 2013; Rosted, Schultz in Sanders, 2016).

Problematike neprimerne polifarmakoterapije pri starostnikih se zaveda tudi Evropska komisija, ki je že nekaj let zelo aktivna na tem področju. Evropska komisija vzpodbuja sodelovanje držav članic in financira različne projekte, za katere je mnenja, da bi vnesli določen napredek pri obvladovanju problematike polifarmakoterapije pri starejših. Eden izmed projektov, ki ga je komisija financirala je tudi »Spodbujanje inovativnega upravljanja polifarmakoterapije pri starejših« oz. projekt Simpathy. V okviru projekta Simpathy so strokovnjaki opredelili ustrezno polifarmakoterapijo pri starejših kot tisto, ko so vsa zdravila predpisana za doseganje specifičnih terapevtskih ciljev, ki so dogovorjeni s pacientom; terapevtski cilji naj bi se dejansko dosegli oz. obstajale naj bi razumne možnosti, da bi se dosegli v prihodnosti; kombinacija zdravil, ki jih posa-

mezni pacient prejema naj bi bila optimizirana z vidika zmanjšanja tveganja za pojavnost neželenih učinkov; pacient naj bi bil motiviran in sposoben jemati vsa zdravila, kot je predpisano (Stewart idr., 2017). Slovenija od januarja 2017 sodeluje v projektu, ki ga ravno tako financira Evropska komisija in ki nosi kartico JA ADVANTAGE. Z namenom ugotovitve trenutnega stanja na področju managementa polifarmakoterapije pri starostnikih z multimorbidnostjo in planiranja dela v prihodnje je bil narejen pregled literature s tega področja.

2 Metode

Za izvedbo pregleda znanstvene medicinske literature smo se poslužili deskriptivne raziskovalne metodologije. Sistematični pregled literature je omogočil pridobitev podatkov iz različnih virov in s tem zagotovil celovito razumevanje raziskovalnega področja. Pri delu smo se posluževali sledečih podatkovnih baz: PubMed, Kohrane knjižnica, Embase, UpToDate in Kumulativni indeks zdravstvene nege in zdravstvene literature (CINAHL) v skladu s Prednostnimi poročili za sistematične preglede in meta analizo (PRISMA-P) 2015 (Moher idr., 2015). Pri iskanju smo se poslužili številnih kombinacij ključnih besed v angleškem jeziku, kot tudi njihovih sopomenk. Pri izbiri literature je bil določen časovni kriterij; izbrani so bili le članki objavljeni v obdobju zadnjih 15 let, od leta 2002 do leta 2017.

Vodja projekta in delovna skupina za zdravila projekta JA ADVANTAGE, delovni paket 6 - Upravljanje krhkosti na individualni ravni so pripravili predlog ključnih besed, iz katerega so bile nato izbrane za iskanje literature uporabljene ključne besede. V sklopu pregleda literature so bili nato na podlagi ključnih besed identificirani, pregledani in analizirani članki o sedanjih politikah in smernicah za upravljanje polifarmakoterapije pri starejših. Gre za članke objavljene v strokovni literaturi in tudi nekatere relevantne mednarodne dokumente, standarde ter smernice in raziskovalne študije. Siva literatura oz. sivi dokumenti, opredeljeni in predlagani s strani vodje nalog in delovne skupine za zdravila projekta JA ADVANTAGE, delovni paket 6 - Upravljanje krhkosti na individualni ravni so bili prav tako vključeni in pregledani. Te dokumente smo iskali oportunistično, kar pomeni usmerjeno ali osredotočeno iskanje na podlagi informacij, ki jih je vsak partner v projektne konzorciju našel v svoji državi. Med sivo literaturo smo pregledali neobjavljene dokumente ali tiste, ki jih je sicer težko najti, vključno z doktorskimi disertacijami, raznimi poročili, ipd. Pisma, informacije iz uredništev, razni intervjuji, kot tudi posterji in članki brez dostopa do celotnega besedila niso bili vključeni v študijo.

3 Rezultati

Pod okriljem projekta JA ADVANTAGE, ki ga Nacionalni inštitut za javno zdravje so vodi skupaj s kolegi z grške Univerze Patras in ki ga sofinansira Evropska komisija

je bil v okviru šestega delovnega sklopa (Management krhkosti na individualni ravni) (Gabrovec in Jelenc, 2017) izveden pregled literature na temo polifarmakoterapije pri starostnikih. Pregledana je bila siva literatura in primeri dobrih praks, analizirani so bili članki in poročila številnih avtorjev, ki opisujejo uporabo posameznih orodij za zmanjšanje polifarmakoterapije. Po obsežnem delu, ki je vključevalo natančen in obsežen pregled literature s področja managementa polifarmakoterapije pri starostnikih z multimorbidnostjo je bilo zaključeno, da je bilo s ciljem zmanjšati polifarmakoterapijo pri omenjeni populaciji narejenega že veliko. Iz literarnega pregleda je bilo razvidno, da so z namenom racionalizacije polifarmakoterapije najširše uporabljani Beersovi kriteriji, STOPP-START (angl. Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions – Screening Tool to Alert doctors to Right, i.e. appropriate, Indicated Treatment) kriteriji in kriteriji Laroche ter da je za oceno polifarmakoterapije pri starejših pacientih sicer na voljo precej orodij, od katerih nobeno od njih ne vključuje vseh potrebnih vidikov (Kaufman idr., 2014; Gallagher idr., 2008; Gallagher idr., 2008; Jano in Aparasu, 2007; Jones, 2014; Cooper idr., 2015).

4 Razprava

Sočasno z multimorbidnostjo se pri populaciji, ki se stara ustrezno povečujeta tudi polifarmakoterapija in neustrezno predpisovanje zdravil. Obstajajo številni pristopi, ki so bili predlagani, da bi zmanjšali polifarmakoterapijo in neustrezno predpisovanje zdravil. Zaenkrat so dokazi, ki kažejo koristi omenjenih ukrepov maloštevilni. Pokazala se je nuja po implementaciji učinkovitejših strategij (Sönnichsen idr., 2016). Danes vemo, da je polifarmakoterapija globalna težava, ki prizadene obe, primarno in sekundarno zdravstveno varstvo. Vzrok navedenega predstavljata staranje prebivalstva in naraščajoča multimorbidnost. Potreba po raziskavah in smernicah, ki bi pokrile tako multimorbidnost kot tudi polifarmakoterapijo je zato evidentna. Istočasno je potrebno usposabljanje tudi zdravnike s poudarkom na posebnih strokovnih znanjih za obvladovanje multimorbidnosti in klinične kompleksnosti, ki je značilna za starejše paciente. Nedvomno vse naštetu predstavlja velik izziv in zahteva znatno spremembo politik in nenazadnje kaže na potrebo po nadaljnjih raziskavah na področju sistemov in postopkov za izboljšave na področju polifarmakoterapije.

Pomemben izziv na področju obvladovanja polifarmakoterapije predstavlja nedvomno tudi sodelovanje s pacienti v smislu povečanja zavedanja pomembnosti sodelovanja pacienta pri odločitvah o zdravljenju in uživanju zdravil, ki naj bi jih pacient jemal. Režim zdravljenja z zdravili zagotovo vpliva na kakovost življenja pacientov in je za številne paciente neprijeten, kar ima seveda lahko posledice. Pacient namreč zdravil iz omenjenih razlogov lahko ne jemlje po navodilih, ki so mu bila predpisana in to negativno vpliva na pričakovane koristi zdravljenja, predstavlja pa tudi strošek (Duerden, Avery in Payne, 2013; Sergi, 2011). Da je minil čas opiranja na smernice, osredotočene na zdravljenje posamezne bolezni, ko gre za zdravljenje multimorbidnega pacienta jasno kažejo dokazi. Nujno potrebno bo razviti in implementirati plane v

sklopu jasnih strategij, potrebno bo seveda tudi natančno vrednotiti rezultate (Stewart idr., 2017). V okviru dela šestega delovnega sklopa projekta JA Advantege je pregled literature pokazal, da je bilo na področju ocene polifarmakoterapije pri starejših že veliko narejenega, da so na voljo različna orodja, od katerih nobeno ne pokriva vseh potrebnih vidikov.

Zaključimo lahko, da bodo morali biti v prihodnje programi, ki urejajo področje predpisovanja zdravil starejšim za zagotavljanje učinkovitosti in varnosti multidisciplinarni ter usmerjeni na pacienta. Zelo pomembno bo tudi upoštevanje značilnosti zdravstvenega sistema v državi in zavedanje dejstva, da uspešna implementacija zahteva interdisciplinaren pristop in usmerjeno prepoznavanje pacientov, ki potrebujejo celovit pristop predpisovanja in farmacevtske oskrbe.

LITERATURA

1. Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S. in Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380 (9836), 37–43. Pridobljeno, s [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2).
2. Bronskill, S. E., Gill, S. S., Paterson, J. M., Bell, C. M., Anderson, G. M. in Rochon, P. A. (2012). Exploring variation in rates of polypharmacy across long term care homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13 (3), 309.e15-21. Pridobljeno, s <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.07.001>.
3. Cooper, J. A., Cadogan, C. A., Patterson, S. M., Kerse, N., Bradley, M. C., Ryan, C. in Hughes, C. M. (2015). Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review. *BMJ Open*, 5 (12), e009235. Pridobljeno, s <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009235>.
4. Duerden, M., Avery, T. in Payne, R. (2013). Polypharmacy and medicines optimisation. Making it safe and sound. The King's Fund, London. Pridobljeno, s https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/polypharmacy-and-medicines-optimisation-kingsfund-nov13.pdf.
5. Gabrovec, B. in Jelenc, M. (2017). Management krhkosti na individualni ravni-potreba po obsežnem multidisciplinarnem pristopu. V O. Arsenijević idr. (ur.), *Management of frailty at individual level - a need for a comprehensive multidisciplinary approach: konferenčni zbornik, 36th International conference on organizational science development* (str. 167–174). Maribor: Univerzitetna založba Univerze. Pridobljeno 10. 8. 2017, s <http://press.um.si/index.php/ump/catalog/view/206/176/298-1>.
6. Gabrovec, B. in Skela Savič, B. (2017). Menedžment krhkosti na individualni ravni: preprečevanje krhkosti. *Isis*, 8 (9), 31–32.
7. Gallagher, P. in O'Mahony, D. (2008). STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age and Ageing*, 37 (6), 673–679. Pridobljeno, s <https://doi.org/10.1093/ageing/afn197>.
8. Gallagher, P., Ryan, C., Byrne, S., Kennedy, J. in O'Mahony, D. (2008). STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 46 (2), 72–83.
9. Gnjjidic, D., Hilmer, S. N., Blyth, F. M., Naganathan, V., Cumming, R. G., Handelsman, D. J idr. (2012). High-risk prescribing and incidence of frailty among older community-dwelling men. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 91 (3), 521–528. Pridobljeno, s <https://doi.org/10.1038/clpt.2011.258>.

10. Gokce Kutsal, Y., Barak, A., Atalay, A., Baydar, T., Kucukoglu, S., Tuncer, T. idr. (2009). Polypharmacy in the elderly: a multicenter study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10 (7), 486–490. Pridobljeno, s <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.03.018>.
11. Jano, E. in Aparasu, R. R. (2007). Healthcare outcomes associated with Beers' criteria: a systematic review. *The Annals of Pharmacotherapy*, 41 (3), 438–447. Pridobljeno, s <https://doi.org/10.1345/aph.1H473>.
12. Jones, E. (2014). Polypharmacy: Guidance for Prescribing in Frail Adults. *NHS Wales*, 2–34.21.
13. Kaufmann, C. P., Tremp, R., Hersberger, K. E. in Lampert, M. L. (2014). Inappropriate prescribing: a systematic overview of published assessment tools. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 70 (1), 1–11. Pridobljeno, s <https://doi.org/10.1007/s00228-013-1575-8>.
14. Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M. idr. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4, 1. Pridobljeno, s <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>.
15. Morley, J. E., Vellas, B., van Kan, G. A., Anker, S. D., Bauer, J. M., Bernabei, R. idr. (2013). Frailty Consensus: A Call to Action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14 (6), 392–397. Pridobljeno, s <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>.
16. Možina, M. in Voljč, B. (2017). Neprimerna zdravila v starosti. *Varna uporaba zdravil. Zbornik predavanj*, 44–49.
17. Ornstein, S. M., Nietert, P. J., Jenkins, R. G. in Litvin, C. B. (2013). The prevalence of chronic diseases and multimorbidity in primary care practice: a PPRNet report. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 26 (5), 518–524. Pridobljeno, s <https://doi.org/10.3122/jabfm.2013.05.130012>.
18. Palmer, K., Marengoni, A., Russo, P., Mammarella, F. in Onder, G. (2016). Frailty and drug use. V B. Vellas (ur.), *White Book on Frailty* (str. 102–106). Chengdu, China: Center of Gerontology and Geriatrics, West China Hospital, Sichuan University. Pridobljeno, s www.garn-network.org/documents/WHITEBOOKONFRAILTY-USVERSION.pdf.
19. Rosted, E., Schultz, M. in Sanders, S. (2016). Frailty and polypharmacy in elderly patients are associated with a high readmission risk. *Danish Medical Journal*, 63 (9).
20. Sergi, G., De Rui, M., Sarti, S. in Manzato, E. (2011). Polypharmacy in the Elderly. Can Comprehensive Geriatric Assessment Reduce Inappropriate Medication Use? *Drugs Aging* 28 (7), 509–518.
21. Sönnichsen, A., Trampisch, U. S., Rieckert, A., Piccoliori, G., Vögele, A., Flamm, M. idr. (2016). Polypharmacy in chronic diseases-Reduction of Inappropriate Medication and Adverse drug events in older populations by electronic Decision Support (PRIMA-eDS): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17, 57. Pridobljeno, s <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1177-8>.
22. Stewart, D., Mair, A., Wilson, M., Kardas, P., Lewek, P., Alonso, A. idr. (2017). Guidance to manage inappropriate polypharmacy in older people: systematic review and future developments. *Expert Opinion on Drug Safety*, 16 (2), 203–213.
23. The Action Group on Frailty Story (2015), 2012–2014. European Commission. Pridobljeno, s https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/54789bca5c003_storyofA3final.pdf Zadnji dostop 10. 7. 2017.
24. Uchmanowicz, I., Lisiak, M., Wontor, R. in Loboz - Grudzien, K. (2015). Frailty in patients with acute coronary syndrome: comparison between tools for comprehensive geriatric assessment and the Tilburg Frailty Indicator. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 521–529. Pridobljeno s, <https://doi.org/102147/CIA.S78365>.

Neurofeedback u motoričkim i kognitivnim oštećenjima kod djece s teškoćama u razvoju

UDK 159.922.76:616.8

KLJUČNE RIJEČI: motoričke vještine, agitacija, oštećenje, djeca

POVZETEK - Neurofeedback metoda može se opisati kao neinvazivno poticanje mozga da regulira svoju elektrofiziološku aktivnost kroz model instrumentalnog učenja. Cilj ovog rada je prikazati potencijalne učinke neurofeedback terapije na konsolidaciju kognitivnog i motoričkog statusa djece s teškoćama u razvoju i istražiti sigurnost kliničke uporabe. Ovo kontrolirano ispitivanje uključilo je 33 djece s razvojnim teškoćama-iz autističnog spektra, s poremećajem hiperaktivnosti i deficitom pažnje (ADHD) te Downovim sindrom. Rezultati su procijenjeni interno generiranim upitnikom, koji se temelji na GMFCS (Gross Motor Function Classification System) i BFMF (Bimanual Fine Motor Function), izraženi pomoću Likertove ljestvice. Za statističku analizu korišteni su Wilcoxon test Z test. Rezultati pokazuju statističku značajnost u smanjenju agitacije ($p = 0,001$), također u pijenju ($p = 0,001$), upotrebi igračaka ($p = 0,002$), vožnji biciklom ($p = 0,001$) te grafičkim vještina ($p = 0,001$). Varijable bez poboljšanja su mišićni tonus ($p = 0,157$) i tremor ($p = 0,059$). Tijekom i poslije intervencije nisu zabilježene nuspojave. Neurofeedback može pozitivno utjecati na konsolidaciju kognitivnih i motoričkih sposobnosti i potvrđuje sigurnost njegove kliničke uporabe.

UDK 159.922.76:616.8

KEY WORDS: motor skills, agitation, impairment, children

ABSTRACT - Neurofeedback method can be described as non-invasive brain incitement to regulate its electrophysiological activity through the instrumental condition model. The aim of the study was to show the potential effects of neurofeedback therapy on the consolidation on cognitive and motoric status of children with developmental disabilities, and investigate safety of clinical use. This controlled trial included 33 children with developmental disabilities (autism spectrum, attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), and Down syndrome). Results were evaluated by internally generated questionnaire, based on GMFCS (Gross Motor Function Classification System), and BFMF (Bimanual Fine Motor Function) using the Likert scale. A Wilcoxon test with $p = 0.05$ was used for statistical analysis. The results showed statistical significance in reducing agitation ($p = 0.001$), also in drinking ($p = 0.001$), toy use ($p = 0.002$), bicycle riding ($p = 0.001$), and graphomotor skills ($p = 0.001$). Variables without improvement were muscle tone, ($p = 0.157$) and tremor ($p = 0.059$). No adverse effects were documented during and after intervention. Neurofeedback therapy may improve children's sensory motoric abilities and confirms safety of its clinical use.

1 Uvod

Kompleksna neuronska mreža mozga neprestano prima i procesira informacije iz okoline stvara misli, emocije, odluke te pohranjuje podatke kroz učenje i pamćenje te diskriminira i filtrira informacije iz okoline. U slučajevima disregulacije mozga kod određenih stanja i bolesti, ovi mehanizmi su kompromitirani te imaju implikacije na funkcioniranje individue. Kliničke manifestacije disregulacije rada mozga ogledaju se u problemima u području intelektualnog funkcioniranja, senzorne integracije temotičkim problemima.

1.1 Neurofeedback tehnologija

Uređaj se sastoji se od vanjske jedinice, kompjutera, monitora, elektroda i kabela, zvučnika te računalnog programa. Neurofeedback ili EEG biofeedback, predstavlja metodu praćenja elektrofizioloških parametara mozga (Marzbani, Marateb i Mansourian, 2016) putem računalnog sučelja, slanja vizualne povratne informacije korisniku, putem ekrana, te modulacije određenih elektrofizioloških parametara kortikalne aktivnosti putem instrumentalnog (operantnog) uvjetovanja (Hillard, El-Baz, Sears, Tasman i Sokhadze, 2013). Primjena neurofeedback terapije dobila je i pozitivno mišljenje od Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi (Huić, 2014) te šifre SK055 i SK056 na listi Dijagnostičko-terapijskih postupaka u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti pri HZZO-u.

1.2 Mehanizam djelovanja

Bazični neuralni mehanizmi samoregulacije su malo poznati i razjašnjeni. Alfa frekvencija mozga mogla bi predstavljati integrativnu funkciju u smislu operantnog i samoregulatornog mehanizma (Cannon, Lubar, Congedo i Thornto, 2014). Smatra se kako se učinak neurofeedback-a bazira na teoriji klasičnog i operantnog (instrumentalnog) uvjetovanja (Larsen i Sherlin, 2013). U studiji Ishikawa, Matsumoto, Sakaguchi, Matsuki i Ikegaya (2014) je pokazano kako određene forme hipokampalne aktivnosti mogu rapidno i selektivno biti pojačane ovisno od nagrade kroz paradigmu operantnog uvjetovanja.

Jedan od glavnih oblika učenja je operantno (instrumentalno) učenje u kojoj se učestalost dobrovoljnog ponašanja povećava ili smanjuje nakon nagrade ili kazne (Domjan i Grau, 2003). Studije (Schafer i Moore, 2011; Cerf idr., 2010) pokazuju uspješno moduliranje moždane aktivnosti u prefrontalnom režnju, putem modela operantnog uvjetovanja, te temporalnom korteksu, korištenjem neurofeedback tehnologije. Neurofeedback zdravstvena tehnologija temelji princip rada na specifičnostima kortikalne aktivnosti (White, Congedo i Cioncari, 2014) gdje mozak kroz samoregulacijsku funkciju kroz model instrumentalnog uvjetovanja nastoji modulirati elektrofiziološke komponente (Rogala idr., 2016) kao što su vrsta valova, amplituda te koherentnost kortikalne aktivnosti.

1.3 Indikacije za primjenu

Neurofeedback prvenstveno nalazi primjenu u kliničkim entitetima kognitivnih i perceptivnih poremećaja poput poremećaja hiperaktivnosti i pažnje (ADHD) (Maurizio, Liechti i Brandeis, 2013; Deilami idr., 2016; Holtman, Bark-Sonuga, Cortese i Brandies, 2014), pažnje kod osoba s intelektualnim teškoćama (Hong i Lee, 2012), poremećajima iz autističnog spektra (Pineda idr., 2008), traumatskih ozljeda mozga u području konsolidacije kognitivnih funkcija učenja i pamćenja (Reddy, Jamuna, Devi i Thennarasu, 2009; Reiner, Rozengurt i Barnea, 2014; van Dongen-Boomsma, Vollebregt, Slaats-Willemsse i Buitelaar, 2015), zatim određenih bolesti poput epilepsije (Hurt, Arnold i Lofthouse, 2014), anksioznosti (Bruhl idr., 2014), posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP-a) (Charpusta, Pačalska, Wilk-Frańczuk, Starczyńska

i Kropotov, 2015) te određenih drugih stanja poput poremećaja cirkadijalnog ritma budnosti i sna (Arns i Kenemenas, 2014) te u rehabilitaciji pacijenata koji su pretrpjeli moždani udar metodom imaginacije pokreta (Mihara idr., 2013).

1.4 Klinička sigurnost primjene neurofeedback uređaja

U sustavnoj recenziji Luctkar-Flude i Groll (2015) obuhvatili su 27 relevantnih radova zaključujući kako samo tri studije navode uopće ikakve nuspojave. Klinička ispitivanja ne ukazuju na probleme u domeni sigurnosti primjene te se čini kako se neurofeedback dobro prihvaća i podnosi (Moriyama idr., 2012). Nuspojave su tipično blage i prolazne i dozvoljavaju pacijentima da nastave tretman (Mayer, Wyckoff, Fallgatter, Ehliis i Strehl, 2015). U randomiziranoj kontroliranoj duplo slijepoj studiji (Landsbergen, Van Dongen, Buitelaar i Slaats - Willemse, 2011) bilo je uključeno 30 djece i sva su završila turnus od 30 tretmana.

1.5 Utjecaj neurofeedback-a na kognitivni i motorički status

Postoji kompleksna veza između kognitivnih i motornih vještina (Adolf i Berger, 2006). Moguće je da poboljšanje kognitivnih funkcija i stabilizacija kognitivnog statusa, može biti preduvjet efikasnijem motoričkom funkcioniranju. Jedan od najvažnijih procesa u proceduralnom učenju je ritam budnosti i spavanja (Appleman, Albouy, Doyon, Cronin - Golomb i King, 2016).

Uravnoteženje električne aktivnosti mozga i poboljšanje kognitivnog statusa je u direktnoj sprezi s motoričkim funkcioniranjem (Adolf i Berger, 2006; Doppelmayr i Webber, 2011; Kober idr., 2014; Bohlhalter idr., 2006; Hampson idr., 2011; Sitaram idr., 2012; Foldes, Weber i Colinger, 2015; Rozengurt, Barnea, Uchida i Lev, 2016; Kovaleva i Kasatkin, 2012; Bray, Shimojo i O'Doherty, 2007). Svaka agitacija ili psihomotorni nemir može onemogućavati adekvatnu obradu informacija iz okoline i njihovu konsolidaciju te posljedično može ometati manifestaciju efikasnog motoričkog djelovanja (Rozengurt idr., 2016).

Pod hipotezom da je konsolidacija povezana s theta aktivnošću (Rozengurt idr., 2016) u kontroliranom randomiziranom pokusu, s kontrolnom grupom, na uzorku od 35 ispitanika dobili su statistički značajan porast motoričke izvedbe u grupi koja je podvrgnuta theta treningu u odnosu na grupu koja je podvrgnuta beta treningu.

Učenje voljne kontrole senzomotornog ritma također može biti korišteno kao klinički tretman kod Tourettovog sindroma gdje je SMA povezan sa motoričkim tikovima (Bohlhalter idr., 2006; Hampson idr., 2011), a može biti učinkovit u oporavku nakon moždanog udara (Sitaram idr., 2012).

2 Ispitanici i metode

Istraživanje je provedeno kao kontrolirani pokus u Udruzi roditelja djece s poteškoćama u razvoju »Vukovarski leptirići« na uzorku od 33 djece, u dobi od 4 do 12 godina, s kongenitalnim senzomotoričkim oštećenjima.

Provedeno je 20 tretmana neurofeedback uređajem marke »Othmer«, u trajanju od pola sata, kontinuirano, pet dana u tjednu, u Udruzi »Vukovarski leptirići« od strane certificiranog neurofeedback trenera.

Za procjenu motoričkog statusa koristio se interno napravljen upitnik, temeljen na GMFCS (Gross Motor Function Classification System) i BFMF (Bimanual Fine Motor Function) s procjenom funkcionalnih motoričkih sposobnosti u svakodnevnom životu, bodovanih Likertovom skalom, popunjavan prije i poslije 20 tretmana, od strane roditelja.

Tijekom studije, ispitanici su uzimali redovito propisanu terapiju i u propisanim dozama, ali su zamoljeni da ne korigiraju doze tijekom provođenja neurofeedback tretmana. Svi uključeni sudionici su i završili ispitivanje. Rezultati su obrađeni u programu Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), te prikazani tablično.

Korišten je Wilcoxonov test uz nivo značajnosti $p = 0,05$ te Z test (empirijska Z vrijednost) za uzorke $N > 30$. Postavljene su dvije hipoteze. *Hipoteza 1:* Neurofeedback može imati pozitivan utjecaj na kognitivni i motorički status djece s kongenitalnim senzomotoričkim oštećenjima. *Hipoteza 2:* Klinička primjena neurofeedback uređaja je sigurna.

3 Rezultati

U kategoriji Koordiancija i ravnoteža medijana vrijednost ostala ista u tri od pet varijabli, ali se promjena kretala u pozitivnom smjeru, bez negativnih rankova, a razlika pokazuje statističku značajnost u svih pet varijabli: vožnja bicikla, penjanje uz stepenice, pojava padova, ljuljačka te korištenje igrala u parku (Tabela 1).

Tabela 1: Prikaz statističke značajnosti za varijable iz grupe Koordinacija i ravnoteža

| | <i>BCK2 – BCK 1</i> | <i>STP 2 – STP1 1</i> | <i>PAD 2 - PAD 1</i> | <i>LJČ 2 - LJČ 1</i> | <i>IGR 2 - IGR 1</i> |
|------------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Z | -3,520b | -3,357b | -3,127b | -2,060b | -3,532b |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | $p = 0,001^*$ | $p = 0,001^*$ | $p = 0,002^*$ | $p = 0,039^*$ | $p = 0,001^*$ |

BCK-vožnja bicikla, STP-hod uz stepenice, PAD- pojava padova, LJČ-ljuljačka, IGR-igra *Statistička značajnost

U kategoriji Motorika šake medijana vrijednost je ostala ista u dvije od četiri kategorija, a promjena se kretala u pozitivnom smjeru bez negativnih rankova. Razlika pokazuje statističku značajnost u sve četiri varijable: hvat, pijeње, korištenje igraćaka i grafomotorika (Tabela 2).

Tabela 2: Prikaz statističke značajnosti iz kategorije Motorika šake

| | <i>HVT - HVT 1</i> | <i>PIJ 2 - PIJ 1</i> | <i>IGČ 2 - IGČ 1</i> | <i>GFM 2 - GFM 1</i> |
|------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Z | -2,449b | -3,874b | -3,153b | -3,500b |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | p = 0,014 * | p = 0,001 * | p = 0,002 * | p = 0,001 * |

HVT- hvatanje predmeta, PIJ-pijenje iz čaše ili flašice, IGČ-igra igračkama, GFM-grafomotorika

* Statistička značajnost

Ne postoji statistički značajna razlika ni u jednoj od dvije varijable: napetost mišića ruke i napetost mišića noge (Tabela 3).

Tabela 3: Prikaz statističke značajnosti za pojedini parametar unutar kategorije Mišićni tonus

| | <i>NPR 2 - NPP 1</i> | <i>NPN 2 - NPN 1</i> |
|------------------------|----------------------|----------------------|
| Z | -1,414b | -1,414b |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | p = 0,157 | p = 0,157 |

NPR-napetost ruke, NPN-napetost noge

* Statistička značajnost

Statistička značajna razlika evidentirana je u svim varijablama osim varijable tremor. Iako u varijabli tikovi nije evidentirana porast medijane vrijednosti, promjene su bile isključivo pozitivnog karaktera bez regresije u odnosu na početnu vrijednost, te je statistički značajna razlika zabilježena i u ovoj varijabli (Tabela 4).

Tabela 4: Prikaz statističke značajnosti za pojedini parametar unutar kategorije Motoričke manifestacije (tikovi, tremor, stereotipije, agitacija)

| | <i>AGB 2-AGB 1</i> | <i>AGS 2 - AGS 1</i> | <i>TRM 2-TRM 1</i> | <i>STP 2 - STP 1</i> | <i>TKV 2 -TKV 1</i> |
|------------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|---------------------|
| Z | -4,388b | -4,146b | -1,890b | -3,217b | -3,207b |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | p=0,001 * | p=0,001 * | p=0,059 | p=0,001 * | p=0,001* |

AGB-agitacija u budnom stanju, AGS-agitacija u spavanju, TRM-tremor, STP-stereotipije, TIK-tikovi

* Statistička značajnost

4 Rasprava

Rezultati dobiveni u ovom istraživanju kvalitativno se uklapaju u okvire koje sugeriraju i druge studije, te razina statističke značajnosti pojedinih varijabli iz ovog istraživanja potvrđuju uspješnost primjene neurofeedbacka u određenim područjima. Pojedine varijable u ovom istraživanju predstavljaju specifikum ovog istraživanja te nisu bile usporedive s rezultatima drugih studija.

Rezultati ovog istraživanja potvrđuju obje hipoteze. Neurofeedback može imati povoljan utjecaj na motorički status djece s kongenitalnim senzo-motoričkim oštećenjima jer je statistički značajna razlika utvrđena u svim varijablama osim varijable tremor iz kategorije motoričke manifestacije (Tabela 4) i varijabli napetost ruku i napetost mišića nogu iz kategorije mišićni tonus (Tabela 3), što je i očekivano obzirom na faktore uključenja koji koji sugeriraju da ispitanici nemaju znatnih strukturalnih oštećenja

mišićno-koštanog sustava poput kontraktura, pareza, mišićnog hipertonusa. Pozitivan utjecaj neurofeedbacka na motorički status u svojim istraživanjima opisuju i Rozenfurt idr., 2016; Ayers, 1999 i Cannon idr., 2014. Da umanjenoje distrakcija poput agitacije može rezultirati povoljnijim motoričkim funkcioniranjem naglašava i Kober idr. (2014) koji kaže da stabilizacija kognitivnog statusa, može biti preduvjet efikasnijem motoričkom funkcioniranju. Vezu između kognitivnih i motoričkih vještina naglašavaju i Adolf i Berger (2006).

Također, potvrđena je i druga hipoteza o sigurnosti kliničke primjene neurofeedback uređaja, jer su svi ispitanici završili studiju, a nije bilo niti rezultata u regresiji nakon provedenih tretmana, što se uklapa u rezultate studija (Luctkar - Flude i Groll, 2015; Moryama idr., 2012; Mayer idr., 2015; Lansbergen idr., 2011; Holtman, idr., 2014).

Varijable koje se izdvajaju svojim poboljšanjem, za koje se čini uputno koristiti neurofeedback i koje bi se mogle izdvojiti za daljnja istraživanja su: agitacija u budnom stanju, agitacija u snu (Tabela 4) što potvrđuju i sustavne recenzije, studije sa visokom razinom dokaza (Catalá - López idr., 2015; Holtman idr., 2014). Također varijable sa signifikantnim poboljšanjima su: pijenje, bicikl i igračke (Tabela 2), a predstavljaju specifikum ovog istraživanja. Signifikantno poboljšanje je također evidentirano u redukciji ispoljavanja tikova. Uspješnost tretiranja tikova neurofeedback-om naglašavaju u svojoj studiji i Bakhtadze, Geladze, Khachapuridze i Nasrashvili (2012).

5 Zaključak

Obzirom na poboljšanja koja se evidentiraju kod određenog broja djece, te u svjetlu sigurnosti njegove kliničke primjene, može se reći kako ovaj vid terapije, može biti uspješno korišten o poboljšanju motoričkog statusa kod djece s kongenitalnim senzomotoričkim oštećenjima. U budućim istraživanjima potrebno je detektirati prediktore poboljšanja, odnosno prediktore izostanka poboljšanja u određenim varijablama, kako bi se oni uklonili ili njihov utjecaj umanjio. Čini se kako neurofeedback djelujući na smanjenje agitacije, oslobađa funkcionalni potencijal osobe koja ga tada lakše može realizirati, te se tada pojavljuje i poboljšanje motoričkog statusa.

LITERATURA

1. Adolf, E. in Berger, S. (2006). Motor development: Handbook of child psychology. New York: Wiley.
2. Appleman, E. R., Albouy, G., Doyon, J., Cronin - Golomb, A. in King, B. R. (2016). Sleep quality influences subsequent motor skill acquisition. Behavioral Neuroscience, 130 (3), 290–297.
3. Arns, M., in Kenemnas, J. L. (2014). Neurofeedback in ADHD and insomnia: vigilance stabilization through sleep spindles and circadian networks. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 44, 183–194.
4. Ayers, M. E. (1999). Assessing and treating open head trauma, coma, and stroke using real-time digital EEG neurofeedback. V J. R. Evans i A. Abarbanel (ur.), Introduction to Quantitative EEG and Neurofeedback (str. 203–222). Cambridge: Academic Press.

5. Bakhtadze, S., Geladze, N., Khachapuridze, N. in Nasrashvili, M. (2012). Neurofeedback as a treatment of tics in children. *Archives of Disease in Childhood*, 97.
6. Bohlhalter, A., Goldfine, S., Matteson, G., Garraux, T., Hanakawa, K., Kansaku, K. idr. (2006). Neural correlates of tic generation in Tourette syndrome: An event-related functional MRI study. *Brain-A Journal of Neurology*, 129, 2029–2037.
7. Bray, S., Shimojo, S. in O'Doherty, J. P. (2007). Direct instrumental conditioning of neural activity using functional magnetic resonance imaging-derived reward feedback. *Journal of Neuroscience*, 27, 7498–7507.
8. Bruhl, B. A., Scherpiet, S., Sulzer, J., Stampfli, P., Seifritz, E. in Herwi, U. (2014). Real-time neurofeedback using functional MRI could improve down-regulation of amygdala activity during emotional stimulation: a proof of concept study. *Brain Topography*, 27 (1), 138–148.
9. Cannon, R., Lubar, J., Congedo, M. in Thornto, K. (2007). The effects of neurofeedback training in the cognitive division of the anterior cingulate gyrus. *International Journal of Neuroscience*, 117, 337–357.
10. Catalá - López, F., Hutton, B., Núñez - Beltrán, A., Mayhew, A. D., Page, M. J., Ridaio, M. idr. (2015). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: protocol for a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Systematic Reviews*, 4.
11. Cerf, M., Thiruvengadam, N., Mormann, F., Kraskov, A., Quiroga, R. Q. in Friedl, C. (2010). On-line, voluntary control of human temporal lobe neurons. *Nature*, 467, 1104–1108.
12. Chrapusta, A., Pačalska, M., Wilk - Frańczuk, M., Starczyńska, M. in Kropotov, J. (2015). Evaluation of the effectiveness of neurofeedback in the reduction of Posttraumatic stress disorder (PTSD) in a patient following high-voltage electric shock with the use of ERPs. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 22 (3), 556–563.
13. Deilami, M., Jahandideh, A., Kazemnejad, Y., Fakour, Y., Alipoor, S., Rabiee, F. idr. (2016). The effect of neurofeedback therapy on reducing symptoms associated with attention deficit hyperactivity disorder: A case series study. *Basic and Clinical Neuroscience*, 7 (2), 167–171.
14. Domjan, M. in Gray, J. W. (2003). *The principles of learning and behaviour*. California, Thomson/Wadsworth.
15. Doppelmayr, M. in Weber, E. (2011). Effects of SMR and Theta/Beta neurofeedback on reaction times, spatial abilities, and creativity. *Journal of Neurotherapy*, 15 (2), 115–129.
16. Foldes, T., Weber, D. in Colinger, L. (2015). MEG-based neurofeedback for hand rehabilitation. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 12.
17. Hampson, M., Scheinost, D., Qiu, M., Bhawnami, J., Lacadie, C. M., Leckman, L. F. idr. (2011). Biofeedback of real-time functional magnetic resonance imaging data from the supplementary motor area reduces functional connectivity to subcortical regions. *Brain Connectivity*, (1), 91–98.
18. Hillard, B., El-Baz, A. S., Sears, L., Tasman, A. in Sokhadze, E. (2013). Neurofeedback training aimed to improve focused attention and alertness in children with ADHD: a study of relative power of EEG rhythms using custom-made software application. *Clinical EEG and Neuroscience*, 44 (3), 193–202.
19. Holtman, M., Bark-Sonuga, E., Cortese, S. in Brandies, D. (2014). Neurofeedback for ADHD: a review of current evidence. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23 (4), 789–806.
20. Hong, C. in Lee, I. (2012). Effects of neurofeedback training on attention in children with intellectual disability. *Journal of Neurotherapy*, 16 (2), 110–122.
21. Huić, M. (2014). »Biofeedback« i »Neurofeedback« metode u liječenju psihijatrijskih poremećaja. Zagreb: Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi.
22. Hurt, E., Arnold, L. E. in Lofthouse, N. (2014). Quantitative EEG neurofeedback for the treatment of pediatric attention-deficit/hyperactivity disorder, autism spectrum disorders, learning disorders, and epilepsy. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23 (3), 465–486.
23. Ishikawa, D., Matsumoto, N., Sakaguchi, T., Matsuki, N. in Ikegaya, Y. (2014). Operant conditioning of synaptic and spiking activity patterns in single hippocampal neurons. *The Journal of Neuroscience*, 34 (14), 5044–5053.

24. Kober, S. E., Witte, M., Stangl, M., Våljamäe, A., Neuper, C. in Wood, G. (2014). Shutting down sensorimotor interference unblocks the networks for stimulus processing: An SMR neurofeedback training study. *Clinical Neurophysiology*, 126(1), 82–95.
25. Kovaleva, A. in Kasatkin, V. (2012). Neurofeedback training for young athlete. *International Journal of Psychophysiology*, 85 (3), 397.
26. Lansbergen, M. M., Van Dongen, B., Buitelaar, J. K. in Slaats-Willemse, D. (2011). ADHD and EEG-neurofeedback: a double-blind randomized placebo-controlled feasibility study. *Journal of Neural Transmission*, 118, 275–284.
27. Larsen, S. in Sherlin, L. (2013). Neurofeedback: an emerging technology for treating central nervous system dysregulation. *Psychiatric Clinics of North America*, 36 (1), 163–168.
28. Luctkar-Flude, L. M. in Groll, D. (2015). A systematic review of the safety and effect of neurofeedback on fatigue and cognition. *Integrative Cancer Therapies*, 14 (4), 318–340.
29. Marzbani, H., Marateb, H. R. in Mansourian, M. (2016). Neurofeedback: A comprehensive review on system Design, Methodology and clinical applications. *Basic and Clinical Neuroscience*, 7 (2), 143–158.
30. Maurizio, S., Liechti, M. D. in Brandeis, D. (2013). Differential EMG biofeedback for children with ADHD: A control method for neurofeedback training with a case illustration. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 38 (2), 109–119.
31. Mayer, K., Wyckoff, S. N., Fallgatter, A., Ehlis, A. C. in Strehl, U. (2015). Neurofeedback as a nonpharmacological treatment for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16.
32. Mihara, M., Hattori, N., Hatakenaka, M., Yagura, H., Kawano, T., Hino, T. idr. (2013). Near-infrared spectroscopy-mediated neurofeedback efficacy of motor imagery-based training in poststroke victims: A pilot study. *Stroke*, 44 (4), 1091–1098.
33. Moriyama, T. S., Polanczyk, G., Caye, A., Banaschewski, T., Brandeis, D. in Rohde, L. A. (2012). Evidence-based information on the clinical use of neurofeedback for ADHD. *Neurotherapeutics*, 9 (3), 588–598.
34. Pineda, J. A., Brang, D., Hecht, E., Edwards, L., Carey, S., Bacon, M. idr. (2008). Positive behavioral and electrophysiological changes following neurofeedback training in children with autism. *Autism Spectrum Disorders*, 2 (3), 557–581.
35. Reddy, P. R., Jamuna, N., Devi, I. in Thennarasu, K. (2009). Neurofeedback training to enhance learning and memory in patient with traumatic brain injury: A single case study. *Indian Journal of Neurotrauma*, 6 (1), 87–90.
36. Reiner, M., Rozenfurt, R. in Barnea, A. (2014). Better than sleep: theta neurofeedback training accelerates memory consolidation. *Biological Psychology*, 95, 45–53.
37. Rogala, J., Jurewicz, K., Paluch, K., Kublik, E., Cetnarski, R. in Wróbel, A. (2016). The Do's and Don'ts of neurofeedback training: a review of the controlled studies using healthy adults. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10.
38. Rozenfurt, R., Barnea, A., Uchida, S. in Lev, D. (2016). Theta EEG neurofeedback benefits early consolidation of motor sequence learning. *Psychophysiology*, 53 (7), 965–973.
39. Schafer, R. J. in Moore, T. (2011). Selective attention from voluntary control of neurons in prefrontal cortex. *Science*, 332, 1568–1571.
40. Sitaram, R., Veit, R., Stevens, B., Caria, A., Gerloff, C., Birbaumer, N. idr. (2012). Acquired control of ventral premotor cortex activity by feedback training: An exploratory real-time fMRI and TMS study. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 26, 256–265.
41. Van Dongen-Boomsma, M., Vollebregt, M. A., Slaats-Willemse, D. in Buitelaar, J. K. (2015). Efficacy of frequency-neurofeedback and Cogmed JM-working memory training in children with ADHD. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 57 (7), 508–516.
42. White, D. J., Congedo, M. in Cioncari, J. (2014). Source-based neurofeedback methods using EEG recordings: training altered brain activity in a functional brain source derived from blind source separation. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8.

Učinkovitost orodja za spodbujanje higijene rok v domu starejših občanov

UDK 364-54-053.9:613.4

KLJUČNE BESEDE: medicinske sestre, higijena rok, starostniki, vedenje zaposlenih, preprečevanje okužb

POVZETEK - Preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom, je eden od pomembnih kazalnikov kakovosti dela zdravstvenih delavcev ter zdravstvenih in socialno-varstvenih zavodov. Strokovnjaki poskušajo stanje izboljšati z različnimi tehnikami, med katerimi so tudi orodja za spodbujanje higijene. Namen prispevka je predstaviti učinkovitost higijene rok zaposlenih v zdravstveni negi, brez in s pomočjo orodja za spodbujanje želenega higienskega vedenja. Za zbiranje podatkov smo pripravili opazovalno listo, ki je služila kot orodje za spremljanje dela zaposlenih v zdravstveni negi v domu starejših občanov. Na podlagi analize podatkov opazovanega dela, smo v praksi preizkusili izbrano orodje za spodbujanje higijene. Sledilo je ponovno opazovanje zaposlenih in analiza podatkov ter primerjava rezultatov. S prvim delom opazovanja smo ugotovili, da zaposleni ne upoštevajo vseh higienskih predpisov pri izvajanju osebne higijene. Po uvedbi spodbujanja se je doslednost pri higijeni rok izboljšala, in sicer najbolj pred pripravo pripomočkov za osebno higieno, pred začetkom postopka, po umivanju pacienta ter po zaključenem postopku. Rezultati kažejo, da z orodjem higienskega spodbujanja lahko pripomoremo k preprečevanju in obvladovanju okužb, povezanih z zdravstvom, in zagotovimo višjo kakovost bivanja stanovalcev.

UDC 364-54-053.9:613.4

KEY WORDS: nurse, hand hygiene, older person, employees behaviour, nudging

ABSTRACT - Prevention and control of healthcare-associated infections is one of the most important indicators of quality in healthcare institutions and their employees. The experts are trying hard to find improvements and one of them is nudging. The aim of the study is to present the importance of providing hand hygiene quality of health workers and nudging. For data collection, we have made the observation form on which we evaluated the healthcare providers in nursing homes. Based on data analysis, we tested the selected nudging tool in practice. Then, we made the same observation with the observation form. This was followed by another analysis and comparison of the results. With the first part of the observation, we found out that employees do not follow hand hygiene compliance in the whole process of personal hygiene. After implementing the element of nudging, the hand hygiene mostly improved: prior to the preparation of devices for personal hygiene, before the procedure, after washing the patient, and after the whole procedure completion. The results show that nudging can promote hygiene behaviour of employees in nursing homes. We can conclude that nudging may help us to prevent and control healthcare-associated infections and provide a higher quality of life for residents, and consequently, improve the quality of health care.

1 Teoretična izhodišča

Starostniki predstavljajo obsežen in rastoč del populacije po vsem svetu. Vse več jih, zaradi starosti, bolezni, gibalne nezmožnosti, splošne oslabelosti in demence, prebiva v domovih za starejše občane (DSO). Tu se pogosto pojavijo okužbe povezane z zdravstvom (OPZ), ki so najpogostejši neželeni dogodek v zdravstveni oskrbi. OPZ ne prinesejo samo finančnih stroškov, ampak podaljšujejo hospitalizacijo, pomembno prispevajo k smrtnosti pacientov in k trajni invalidnosti (Lejko Zupanc, Logar in Mrvič, 2011; Zorman Videčnik in Maraspin Čarman, 2010). Preprečevanje in obvladovanje OPZ je eden od pomembnih elementov zagotavljanja varnosti za paciente ter kazalnik

kakovosti dela zdravstvenih delavcev in zdravstvenih ter socialno-varstvenih zavodov (Šprajcar, 2013). Higiena rok se že dalj časa smatra za najpomembnejši način preprečevanja in obvladovanja OPZ. Roke zdravstvenih delavcev so najpogostejše sredstvo za prenos mikroorganizmov iz koloniziranega oz. okuženega pacienta in njegove okolice na druge paciente. Nedosledno izvajanje higiene rok je prisotno v vseh okoljih. Razlogi za nedoslednost so številni in odvisni od okolja, infrastrukture, kulturnih razlik in celo od verskega prepričanja (Mahinda, 2016). Številne raziskave navajajo, kot razloge za slabo higieno rok med zdravstvenimi delavci v DSO pomanjkanje izkušenj, natrpne urnike, težke obremenitve, pomanjkanje znanja in premalo umivalnikov za umivanje rok. V večini primerov se higiena rok prej uporablja za zaščito zdravstvenih delavcev kot pa za zaščito stanovalcev, kajti higiena rok je višja po stiku s pacientom kot pa pred tem (Lejko Zupanc, 2013).

Strokovnjaki za obvladovanje OPZ, si prizadevajo, da bi odpravili dejavnike, ki prispevajo k slabi higieni rok. Ena izmed novih metod izboljševanja higiene rok pa je proces spodbujanja zelenega higienskega vedenja oz. ang. nudging (Gould, Moralejo, Drej in Chudleigh, 2010). Ideja izhaja iz ekonomije, vendar se jo kljub temu lahko uporablja na številnih strokovnih področjih, tudi v zdravstveni negi. Gre za uporabo vedenjske teorije, pri kateri lahko na posameznikovo obnašanje vplivamo s podzavestnimi namigi kot so: znaki, vonj, besede, slike in zvok. Deluje zunaj naših zavednih dejanj in vpliva na naše vedenje in spoznanje. Z uporabo elementov spodbujanja zelenega higienskega vedenja lahko dosežemo boljše rezultate na področju higiene rok in tako potencialno povečamo skladnost higiene rok s standardi ustanove, kar pa teoretično vodi v zmanjšanje nastanka OPZ (King, Vlaev, Evertt - Thomas, Fitzpatrick, Darzi idr., 2016; Birnbach, King, Vlaev, Rosen in Harvey, 2013).

Namen raziskave je predstaviti pomen zagotavljanja kakovosti higiene rok (s poudarkom na razkuževanju rok) zaposlenih v zdravstveni negi in, z izbranim orodjem spodbujanja zelenega higienskega vedenja, preveriti učinkovitost le-tega v praksi.

2 Metode

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela, kot raziskovalna strategija pa intervencijska študija. Za zbiranje podatkov je bila uporabljena opazovalna lista. Kriteriji opazovanja so bili določeni na osnovi standardov glede izvajanja higienskih procesov, natančneje samo razkuževanja rok, pri izvajanju aktivnosti higiene rok. Povzeli smo jih po knjigi Standardi aktivnosti zdravstvene nege (Železnik, Ivanuša, Železnik, Lednik in Kamenik, 2008) in vključujejo naslednje kriterije: razkuževanje rok in pripravljanje pripomočkov za posteljno kopel; ponovno razkuževanje rok pred začetkom izvajanja postopka; uporaba rokavic neposredno pred umivanjem predelov, ki so umazani s krvjo, izločki, slino; pri umivanju anogenitalnega predela ter nog. Po njihovi uporabi sledi razkuževanje rok; umivanje pacientovega obraza, telesa, hrbta in rok; sledi razkuževanje rok; nataknejo se čiste rokavice. Umijejo se noge, snamejo rokavice in razkužijo roke; zamenja se voda, umivalnik in krpica; za tem se razkužijo roke; nataknejo

se nove rokavice in naredi se anogenitalna nega. Snamejo se rokavice in razkužijo roke; ponovno se nataknejo rokavice; oskrbovanca se namaže z losjonom in se razkuži roke; pospravi se vse pripomočke in na koncu še enkrat razkuži roke. V merskem instrumentu so bile v prvem stolpcu navedene priložnosti za razkuževanje in umivanje rok. Nato je bilo označeno ali je opazovana srednja medicinska sestra ali bolničarka postopek izvedla ustrezno (v skladu s standardi) ali neustrezno. Ali uporablja zadostno količino razkužila, si roke razkužuje dovolj dolgo, ali razkuži vse predele rok po predpisanem vrstnem redu. V tem stolpcu so tudi zapisane opombe, če je npr. zmanjkalo razkužila ali ni bilo dozirnika razkužila v bližini in si opazovani iz tega razloga ni razkužil rok (Kazalniki kakovosti v zdravstvu, 2010; Delovna skupina pri ministrstvu za zdravje RS, 2009). V zadnjem stolpcu pa so navedene opombe motečih in opozorilnih dejavnikov, ki opazovanega spomnijo oz. odvrnejo od pravilnega ravnanja. Te so: prisotnost opazovanca, polne roke opazovanega, suha in poškodovana koža opazovanega, preveč dela, pozabljivost, manjša verjetnost prenosa okužbe, nestrinjanje s priporočili, pomanjkanje informacij, mišljenje, da po uporabi rokavic ni potrebno razkužiti rok, nakit in dolgi nohti, kar preprečuje ustrezno higieno rok, klic pacienta/sodelavca/zdravnika in osebna prepričanja. Opazovanje je potekalo v izbranem DSO od 30. 1 do 1. 3. 2017. Za potrebe opazovanja smo izbrali namenski, neslučajni vzorec zaposlenih, na podlagi predhodno pridobljenega privoljenja, s strani direktorja zavoda in zaposlenih. Spoštovali smo anonimnost in načelo prostovoljnega sodelovanja opazovanih. Opazovane so bile 4 srednje medicinske sestre in 4 bolničarke pri njihovem delu. Opazovali smo po 3 opazovance na dan, pri izvajanju osebne higiene dveh ali treh stanovalcev. Vsak izmed zaposlenih je bil opazovan skozi celoten postopek dela, vendar vseh 8 opazovancev ni bilo opazovanih enako časa, zaradi različnega urnika dela. Opazovanje je nekaj časa potekalo brez beleženja rezultatov, da so se zaposleni navadili opazovalca in smo tako zmanjšali učinek prisotnosti opazovalca na ravnanje opazovanih. Opazovanje delovnega procesa z beleženjem pravilnosti izvajanja dela na opazovalno listo je potekalo 14 delovnih dni. Na podlagi analize podatkov prvega opazovanja, se je v praksi preizkusilo eno izmed orodij spodbujanja zelenega higienskega vedenja. Izbrano orodje je bila slika moških oči, ki smo jo nalepili nad vsemi štirimi dozirniki razkužila na oddelku. Nato je potekalo drugo opazovanje, z enako opazovalno listo, 14 dni. Sledila je ponovna analiza podatkov in primerjava rezultatov prvega in drugega opazovanja. Izračunali smo frekvence in deleže po enačbi osnovnega izračuna doslednosti izvajanja higiene rok.

3 Rezultati

Opravljenih je bilo 75 opazovanj razkuževanja rok pri osmih zaposlenih v timu zdravstvene nege brez in nato še 75 opazovanj razkuževanja rok z orodjem spodbujanja zelenega higienskega vedenja. Osem opazovanih oseb predstavlja 16 % vseh zaposlenih v timu zdravstvene nege. V Tabeli 1 so prikazani rezultati opazovanja razkuževanja rok brez orodja spodbujanja zelenega higienskega vedenja, opazovanje razkuževanja rok s spodbujanjem zelenega higienskega vedenja in vzroki za neupoštevanje

pravilnega higienskega vedenja. Ker vseh 8 opazovancev ni bilo opazovanih enako krat in ker je bil vsak izmed opazovanih opazovan večkrat na dan in več dni zapored, ne moremo v nadaljevanju govoriti o številu oseb, ki so si pravilno razkužile roke, ampak govorimo o številu opazovanj razkuževanja rok. Najbolj pravilno in natančno so si opazovani razkuževali roke pri 7. kriteriju (Nataknejo se nove rokavice in naredi anogenitalna nega. Snamejo se rokavice in razkužijo roke). Tu si je pri 71 opazovanjih opazovani pravilno razkužil roke. Razkuževanje rok je bilo dobro tudi pri 3. kriteriju (Uporaba rokavic neposredno pred umivanjem predelov, ki so umazani s krvjo, izločki, slino, pri umivanju anogenitalnega predela ter nog. Po njihovi uporabi sledi razkuževanje rok). Tu si je pri 67 opazovanjih opazovani pravilno razkužil roke. Najmanj oz. skoraj nikoli si rok niso razkužili pri 6. kriteriju (Zamenja se voda, umivalnik in krpica, za tem se razkužijo roke), saj tega postopka, zaradi katerega bi si bilo kasneje potrebno razkužiti roke, opazovani niso izvajali. Gre za način dela v izbranem DSO, kjer se pri osebni higieni stanovalca ne maže z losjonom, ne menja se voda pri vsakem stanovalcu posebej, poredko pa se menjajo tudi rokavice. Prav tako je bilo razkuževanje rok nekoliko slabše pri 4. kriteriju (Umivanje pacientovega obraza, telesa, hrbtna in rok, sledi razkuževanje rok), kjer si je pri 37 opazovanjih opazovani pravilno razkužil roke. Po zaključnem prvem opazovanju celotnega postopka izvajanja razkuževanja rok med zaposlenimi v negovalnem timu, smo nato vpeljali izbrano orodje spodbujanja zelenega higienskega vedenja (slika moških oči nad dozirniki razkužil) in ponovno izvedli opazovanje celotnega postopka izvajanja razkuževanja rok. Najmanj oz. skoraj nikoli si rok niso razkužili pri 8. kriteriju (Ponovno se nataknejo rokavice, oskrbovanca se namaže z losjonom in se razkuži roke). Rezultati so v Tabeli 1 prikazani še z deleži (%). 100 % pomeni, da so si opazovani od 75 priložnosti za razkuževanje rok vsakič pravilno in ustrezno razkužili roke (Tabela 1).

Tabela 1: Rezultati opazovanja razkuževanja rok pri opazovanih zaposlenih negovalnega tima, v času izvajanja osebne higiene in vzroki za neupoštevanje higienskih zahtev.

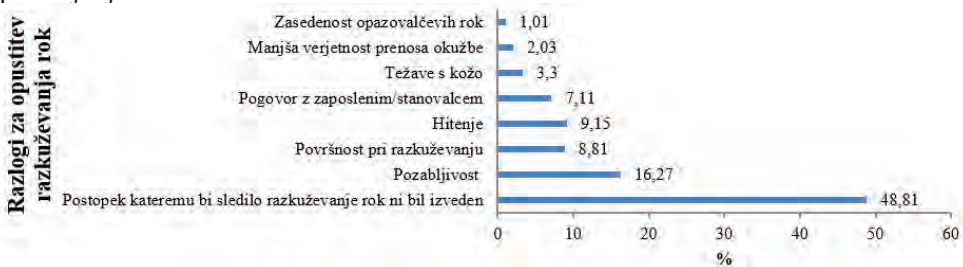
| <i>Kriteriji opazovanja</i> | <i>A (n)</i> | <i>A (%)</i> | <i>B (n)</i> | <i>B (%)</i> | <i>Vzroki za neupoštevanje pravilnega higienskega vedenja</i> |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--|
| 1. Razkuževanje rok in pripravljane pripomočkov za posteljno kopel. | 30 | 40 | 45 | 60 | Pozabljivost, pogovor s sodelavcem, hitenje, suha koža rok, opazovani ni razkužil vseh predelov rok, premalo uporabljenega razkužila in prehitro razkuževanje. |
| 2. Ponovno razkuževanje rok, pred začetkom izvajanja postopka | 56 | 75 | 61 | 81 | Manjša verjetnost prenosa okužbe, suha koža, hitenje, prehitro razkuževanje, pogovor s sodelavcem, premalo uporabljenega razkužila, pozabljivost, opazovani ni razkužil vseh predelov rok. |
| 3. Uporaba rokavic neposredno pred umivanjem predelov, ki so umazani s krvjo, izločki, slino, pri umivanju anogenitalnega predela ter nog. Po njihovi uporabi sledi razkuževanje rok. | 67 | 89 | 67 | 89 | Hitenje, pogovor z oskrbovancem, opazovani si ni razkužil vseh predelov rok, prehitro razkuževanje in premalo uporabljenega razkužila. |

| | | | | | |
|---|----|----|----|----|--|
| 4. Umivanje pacientovega obraza, telesa, hrbta in rok, sledi razkuževanje rok. | 37 | 49 | 39 | 52 | Pogovor z oskrbovancem, hitenje, pozabljivost, prehitro razkuževanje, suha koža rok, premalo uporabljenega razkužila, opazovani ni razkužil vseh predelov rok. |
| 5. Nataknejo se čiste rokavice. Umijejo se noge, snamejo rokavice in razkužijo roke. | 52 | 69 | 55 | 73 | Pozabljivost, polne roke, pogovor z oskrbovancem, prehitro razkuževanje, premalo uporabljenega razkužila, hitenje, opazovani ni razkužil vseh predelov rok. |
| 6. Zamenja se voda, umivalnik in krpica, za tem se razkužijo roke. | 0 | 0 | 0 | 0 | Postopek ni bil izveden zaradi hitenja. |
| 7. Nataknejo se nove rokavice in naredi anogenitalna nega. Snamejo se rokavice in razkužijo roke. | 71 | 95 | 71 | 95 | Hitenje, opazovani si ni razkužil vseh predelov rok, polne roke, pogovor z oskrbovancem. |
| 8. Ponovno se nataknejo rokavice, oskrbovanca se namaže z losjonom in se razkuži roke. | 6 | 8 | 0 | 0 | Postopek ni bil izveden zaradi hitenja. |
| 9. Pospravi se vse pripomočke in na koncu še enkrat razkuži roke. | 61 | 81 | 63 | 85 | Premalo uporabljenega razkužila, opazovani ni razkužil vseh predelov rok, prehitro razkuževanje, pozabljivost, polne roke |

Legenda: A (n) - Število opazovanj pravilnega razkuževanja rok, brez orodja spodbujanja želenega higienskega vedenja; A (%) - Delež opazovanj pravilnega razkuževanja rok, brez orodja spodbujanja želenega higienskega vedenja; B (n) - Število opazovanj pravilnega razkuževanja rok z orodjem spodbujanja želenega higienskega vedenja; B (%) - Delež opazovanj pravilnega razkuževanja rok, z orodjem spodbujanja želenega higienskega vedenja.

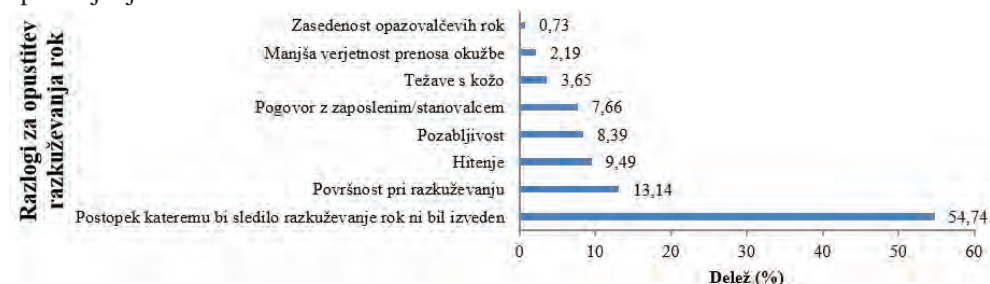
Na Grafu 1 in 2 so navedeni razlogi zakaj si opazovani ni razkužil rok.

Graf 1: Razlogi za opustitev razkuževanja rok pri opazovanju z orodjem higienskega spodbujanja



Vir: Lastni vir.

Graf 2: Razlogi za opustitev razkuževanja rok pri opazovanju brez orodja higienskega spodbujanja



Vir: Lastni vir.

4 Razprava

Negovalni tim v DSO ima zelo pomembno vlogo pri preprečevanju prenosa okužb na stanovalce, s stanovalca na osebo in s stanovalca na stanovalca, preko pripomočkov za zdravstveno nego in preko rok. S pravilno higieno rok lahko ta prenos uspešno preprečujejo. Zato je zelo pomembno, da diplomirane medicinske sestre, kot nosilke zdravstvene nege, ugotavljajo potrebe po preprečevanju OPZ, načrtujejo in izvajajo intervencije za preprečevanje OPZ, določijo izvajalce ter na koncu vrednotijo opravljeno delo in dosežene negovalne cilje (Dom starejših občanov Ljubljana - Šiška, 2016; Lejko Zupanc idr., 2011).

V raziskavah (King idr., 2016; Birnbach idr., 2013) so rezultati pokazali, da so zaposleni, ki so bili izpostavljeni sprožilcem dejanja (sliki moških oči nad dozirnikom razkužila), bolj skrbeli za higieno rok. Iz tega lahko povzamemo, da se posameznikova dejanja lahko izboljšajo, če so izpostavljeni specifičnemu namigu. V raziskavi smo kot spodbudo za bolj vestno in natančno razkuževanje rok, uporabili vizualni namig. To so bile slike moških oči, ki smo jih namestili nad dozirnike razkužil v dnevnem prostoru, na hodniku, v kopalnici in na vozičku s pripomočki za osebno higieno (Slika 1).

Z raziskavo smo ugotovili, da opazovani zaposleni v opazovanem obdobju niso upoštevali predpisanih higienskih standardov razkuževanja rok pri izvedbi celotnega procesa osebne higiene, v opazovanem DSO. Najmanj oz. skoraj nikoli si rok niso razkužili po menjavi vode in krpic ter po mazanju stanovalca z losjonom, saj tega postopka, zaradi katerega bi si bilo kasneje potrebno razkužiti roke, opazovani niso izvajali. Gre za način dela v domu, kjer se pri osebni higieni stanovalca ne maže z losjonom, ne menja se voda pri vsakem stanovalcu posebej, poredko pa se menjajo tudi rokavice. Prav tako je bilo razkuževanje rok nekoliko slabše kot po umivanju obraza, telesa, hrbta in rok, saj so opazovani zelo hiteli med samim postopkom in si velikokrat pozabili zamenjati rokavice ter razkužiti roke. Nekoliko slabše je bilo tudi razkuževanje pred samo pripravo pripomočkov za osebno higieno. Velikokrat je bila vzrok pozabljivost in pogovor s sodelavci ali študenti. Včasih tudi miselnost, da so

roke na začetku dneva čiste in tudi zaradi varčevanja z razkužilom zaradi poškodovanja kože rok. Najbolj pravilno in natančno so si opazovani razkuževali roke po uporabi rokavic, neposredno po stiku predelov, ki so bili umazani s krvjo, izločki, slino in pri umivanju anogenitalnega predela. Prav tako je bilo dobro razkuževanje rok po končanem postopku opazovanega delovnega postopka. Rezultati so pokazali, da si zaposleni najbolj natančno in vestno razkužujejo roke po stiku s pacientom. Liu, Liang, Wu in Chuang (2014) so ugotovili, da več zdravstvenega osebja poskrbi za higieno rok po stiku s telesnimi tekočinami, v primerjavi z ostalimi kontakti z oskrbovancem ali njegovo okolico. Pri ostalih zabeleženih nepopolnih razkuževanjih rok so zaposleni v večini primerov uporabljali zadostno količino mila, vendar so si roke razkuževali prekratek čas ali pa niso razkužili vseh površin rok.

Slika 1: Sliki moških oči nad razkužilom in milom



Vir: Foto Mlakar, 2017.

Razlogi, zakaj opazovani ni izvedel oz., zakaj si ni pravilno razkužil rok, so številni. Zaradi utrujenosti, zgodnje jutranje ure, hitenja ali zamišljenosti, opazovani preprosto pozabi na ustrezno higieno rok. Pogovor z zaposlenim ali stanovalcem med izvajanjem postopka velikokrat odvrne opazovanca od pravilne tehnike razkuževanja rok, saj je njegova pozornost usmerjena v pogovor. Tako si roke razkužuje površno. Premalo časa (manj kot 20 sekund), uporabijo premalo razkužila (manj kot 3 ml oz. dvakratni pritisk na dozirnik razkužila) ali pa si ne razkužijo vseh predelov rok. Zelo pogosto je bil razlog za nedosledno izvajanje higiene rok hitenje, zaradi pomanjkanja zaposlenih in prenapoljenosti oddelka (Lejko Zupanc idr., 2011). Ker je opazovanje potekalo v zimskem času, je imelo tudi veliko opazovanih težave s suho in razpokano kožo, zaradi katere postane razkuževanje rok pekoče in boleče. Veliko jih je imelo težave s kožo, ne le zaradi vremena in letnega časa, temveč tudi zaradi vsakodnevnega večkratnega umivanja rok z milom in vodo. Zaposleni so se zato izogibali razkuževanju rok predvsem takrat, ko so

menili, da gre za manjšo verjetnost prenosa okužb (med samo pripravo pripomočkov) oz. si niso menjali rokavic, da ne bi bilo potrebno razkužiti roke (Ahmed - Lecheheb, Cunat, Hartemann in Hautemaniere, 2012). Med samo izvedbo osebne higiene so morali zaposleni odnesti umazano posteljnino, pižamo, obleke in drugo iz stanovalčeve sobe, zaradi tega je imel opazovani polne roke in si zato ni razkužil rok. Opazovani, ki so bili dosledni pri izvajanju postopkov osebne higiene, so bili tudi dosledni pri higieni rok. Opazovani, ki so površno opravili osebno higieno stanovalca, pa tudi pri razkuževanju rok niso bili dovolj natančni in vestni. Da bi si opazovani roke bolj pravilno in pogosteje razkuževali zaradi prisotnosti opazovalca, nismo zaznali.

V opazovanem DSO imajo na voljo nove avtomatske dozirnike razkužil. Po izjavi glavne medicinske sestre se porabi količinsko več razkužila iz avtomatskih dozirnikov, kot iz standardnih dozirnikov razkužil. Avtomatski dozirniki razkužil sami odmerijo zadostno oziroma primerno količino razkužila, predstavljajo nekaj tehnološko novega, zanimivega in so tudi na videz zelo privlačni. Prav tako kot pri slikah nad dozirniki razkužil, gre tu za spodbujanje zelenega higienskega vedenja z uporabo novejših tehnologij. Iz tega lahko povzamemo, da DSO že uporablja nove načine preprečevanja OPZ in s tem skrbi za visoko kakovost bivanja stanovalcev. To potrjujejo tudi podatki o številu stanovalcev koloniziranih z MRSA in ESBL od leta 2011 do 2016, ki je v izbranem DSO (Dokumentacija kazalnikov kakovosti DSO Šiška, 2016) nizko.

Na podlagi rezultatov raziskave smo ugotovili, da lahko orodje spodbujanja zelenega higienskega vedenja uspešno pripomore k večji doslednosti higiene rok zaposlenih. Prav tako pa bi k temu še bolj pripomoglo večje število zaposlenih v DSO, saj bi tako osebje imelo več časa za oskrbovance in bi se lahko vsakemu posebej bolj celovito posvetili. Predvidevamo, da bi bili potem tudi bolj dosledni pri razkuževanju rok. Pri preprečevanju OPZ pa so nenazadnje pomembni tudi drugi elementi, kot so: motivacija, jasno začrtani cilji, visoka strokovna usposobljenost in timsko delo vseh zaposlenih na oddelku.

Zahvala

Avtorice se zahvaljujemo odgovornim v Domu starejših občanov Ljubljana-Šiška, da so omogočili izvedbo empiričnega dela raziskave ter vsem zaposlenim, ki so sodelovali v raziskavi.

LITERATURA

1. Ahmed - Lecheheb, D., Cunat, L., Hartemann, P. in Hautemaniere, A. (2012). Prospective observational study to assess hand skin condition after application of alcohol-based hand rub solution. *American Journal of Infection Control*, 40 (2), 160–164.
2. Birnbach, D. J., King, D., Vlaev, I., Rosen, L. F. in Harvey, P. D. (2013). Impact of environmental olfactory cues on hand hygiene behaviour in a simulated hospital environment. A randomized study. *Hospital Infection Society*, 85 (1), 79–81.
3. Delovna skupina pri ministrstvu za zdravje RS (2009). Strokovne podlage in smernice za obvladovanje in preprečevanje okužb, ki so povezane z zdravstvom oziroma zdravstveno oskrbo. 2 dopolnjena izdaja. Pridobljena 20. 11. 2016, s http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost/nacionalna_komisija_za_obvladovanje_bolnisnicnih_okuzb/strokovnjaki/.

4. Dom starejših občanov Ljubljana-Šiška (2016). Dokumentacija kazalnikov kakovosti. Neobjavljeno delo.
5. Gould, D. J., Moralejo, D., Drey, N. in Chudleigh, J. N. (2010). Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. The Cochrane database of systematic reviews. 9 (1), 1–33.
6. Kazalniki kakovosti v zdravstvu (2010). Pridobljena 28. 2. 2017, s http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost/kazalniki_kakovosti/.
7. King, D., Vlaev, I., Everett - Thomas, R., Fitzpatrick, M., Darzi, A. in Birnbach, D. J. (2016). »Priming« hand hygiene compliance in clinical environments. *Health Psychology*, 35 (1), 96–101.
8. Lejko Zupanc, T. (2013). Pomen higiene rok za preprečevanje bolnišničnih okužb. V I. Grmšek Košnik, S. Hvalič Touzery, in B. Skela - Savič (ur.). *Okužbe povezane z zdravstvom, zbornih prispevkov z recenzijo*. 4. simpozij Katedre za temeljne vede, Kranj, 15. oktober 2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 42–47.
9. Lejko Zupanc, T., Logar, M. in Mrvič, T. (ur.) (2011). Učne delavnice o bolnišničnih okužbah v domovih za starejše občane. Ljubljana: Služba za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, UKC Ljubljana.
10. Liu, W. I., Liang, S. Y., Wu, S. F. V. in Chuang, Y. H. (2014). Hand hygiene compliance among the nursing staff in freestanding nursing homes in Taiwan: a preliminary study. *International journal of nursing practice*, 20 (1), 46–52.
11. Mahinda, N. (2016). Hand hygiene compliance: are we kidding ourselves? *The Journal of hospital infection*, 92 (4), 307–308.
12. Mlakar, T. (2017). Pomen zagotavljanja kakovosti v zdravstveni negi in orodja spodbujanja želene higiene rok v domu starejših občanov: študija primera (Diplomsko delo). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta Ljubljana.
13. Šprajcar, D. (2013). Standardi pomoč pri zagotavljanju kakovostne in varne zdravstvene oskrbe. V I. Grmšek Košnik, S. Hvalič Touzery in B. Skela - Savič (ur.), *Okužbe povezane z zdravstvom, zbornih prispevkov z recenzijo*. 4. Simpozij Katedre za temeljne vede, Kranj, 15. oktober 2013 (str. 14–18). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
14. Zorman Videčnik, J. in Maraspin Čarman, V. (2010). Okužbe pri starostnikih. *Medicinski razgledi*, 49 (2), 157–168.
15. Železnik, D., Ivanuša, A., Železnik, P., Lednik, L. in Kamenik, M. (2008). Standardi aktivnosti zdravstvene nege (str. 105–115). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Upućenost spremačica u temeljna načela čišćenja i dezinfekcije

UDK 614.21:648.5+613

KLJUČNE RIJEČI: spremačice, čišćenje, bolničke infekcije, edukacija

POVZETEK - Sprečavanje i prevencija bolničkih infekcija cilj su svakog bolničkog sustava. Da bi prevencija bila što uspješnija djelatnici bolnice moraju biti jedan veliki tim. Dio tog tima su i spremačice koje svojim radom mogu itekako utjecati na prevenciju i prijenos bolničkih infekcija. Cilj ovog istraživanja je uvidjeti u kolikoj mjeri su spremačice upućene u elementarna pravila čišćenja i dezinfekcije bolnica te protokole i smjernice. Istraživanje je provedeno u Općoj županijskoj bolnici Požega od 1. ožujka - 30. travnja 2017.g. Obuhvaćena je 61 spremačica. Dobiveni rezultati ukazali su na područja insuficijentna znanjem te na taj način nam olakšavaju daljnje intervencije poput dodatne, usmjerene i prilagođene edukacije.

UDC 614.21:648.5+613

KEY WORDS: cleaning ladies, cleaning, hospital infections, education

ABSTRACT - Blocking and prevention of hospital infections are the aims of every hospital system. In order to make prevention more successful, all the employees have to function as a large team. Members of such team are also cleaning ladies who can extremely influence prevention and transmission of hospital infections with their work. The aim of this research was to perceive to what extent cleaning ladies are acquainted with the elementary rules of cleaning and hospital disinfection, as well as with the protocols and guidance. The research was conducted in General County Hospital Požega, in the period between 1st March and 30th April 2017. This research included 61 cleaning ladies. The given results showed us areas with insufficient knowledge, and accordingly, have made further interventions like additional, directed, and customised education of cleaning ladies, easier for us.

1 Uvod

Sprečavanje i prevencija infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi cilj su svakog bolničkog sustava (Pittet idr., 2000). Da bi prevencija bila što uspješnija, djelatnici bolnice moraju biti jedan veliki tim. Dio tog tima su i spremačice koje svojim radom mogu itekako utjecati na prevenciju i prijenos ovih infekcija. Spremačice misle da rade u sredini u kojoj nema infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi te često nisu svjesne da svojim radom mogu prenijeti takvu infekciju (Carling idr., 2006). Vrlo često svoj rad ne prilagođavaju riziku od nastanka bolničke infekcije (Dancer, 2004). Događa se da ne razlikuju primjerene od neprimjerenih metoda čišćenja u bolnici (Malik idr., 2003). Problemi postoje u higijeni ruku i s njom povezanom upotrebom rukavica kao i ostalim osobnim zaštitnim sredstvima (Kalenić idr., 2011). Ponekad se bilježi nepoznavanje osnovnih načela čišćenja (Bhalla idr., 2004). Isto tako moguće su situacije gdje spremačica posjeduje znanje i vještine, ali je izgradila svoje osobne stavove i vještine koje nisu u skladu s očekivanim. Poslovi čišćenja obično nemaju nikakav posebni obrazovni zahtjev. Uobičajeno novi zaposlenik uči od starijeg i iskusnijeg. Spremačica u bolnici mora posjedovati osnovne vještine čišćenja, ali isto tako

i vještine na području sigurnosti, higijene, međuljudske i komunikacijske vještine, fizičke vještine, organizacijske vještine. Svako desetljeće predviđa povećanje potreba za ovakvim profilom djelatnika za 8 %, međutim teški radni uvjeti, niske plaće i složenost posla upućuju na manjak ovakvog kadra u skoroj budućnosti.

2 Cilj

Cilj ovog istraživanja je bio utvrditi stavove, znanja i rizična ponašanja spremačica u njihovom radu te uvidjeti u kolikoj mjeri su spremačice upućene u elementarna pravila čišćenja i dezinfekcije bolnice te protokole i smjernice Povjerenstva za kontrolu i sprečavanje infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi.

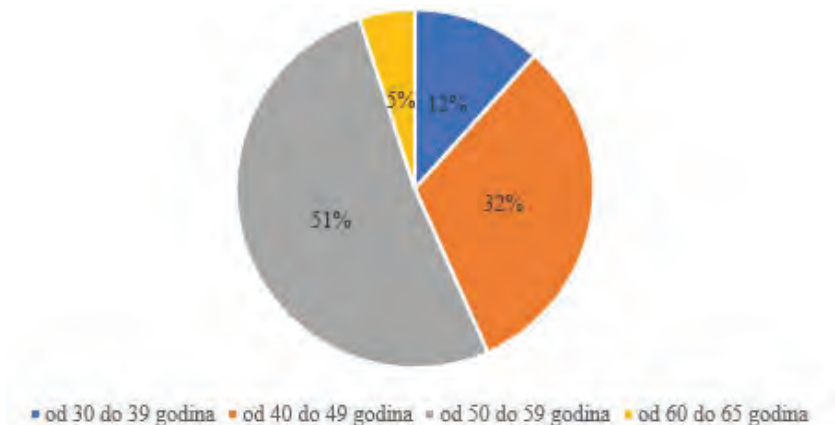
3 Metode istraživanja

Istraživanje je provedeno u Općoj županijskoj bolnici Požega na lokaciji u Požegi i u Pakracu, u periodu od 1. 3. 2017. do 30. 4. 2017. godine. Istraživanjem je obuhvaćena 61 čistačica/spremačica. U provedenom istraživanju koristila se anonimna anketa kreirana za ovo istraživanje. Anketa se sastojala od 30 pitanja. Etičko povjerenstvo Opće županijske bolnice Požega je odobrilo istraživanje. Statistička obrada je vršena kroz distribuciju frekvencije i deskriptivnu statistiku.

4 Rezultati

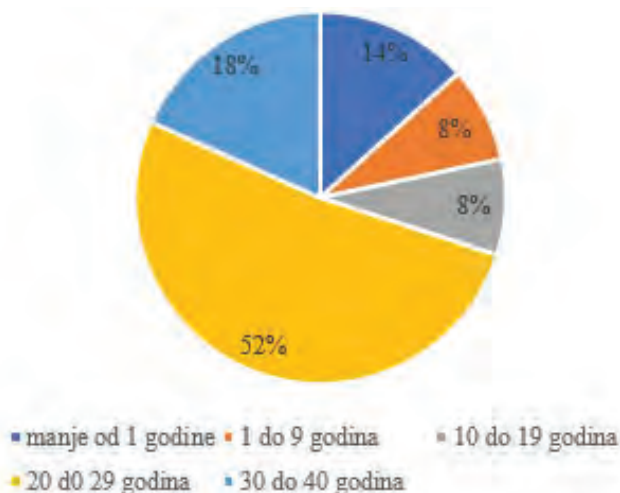
Istraživanje je pokazalo zabrinjavajuću činjenicu da u bolnici nemamo zaposlenu ni jednu spremačicu mlađu od 30 godina. 51,7 % (31) spremačica staro je između 50 i 59 godina (Graf 1).

Graf 1: Prikaz spremačica prema dobi



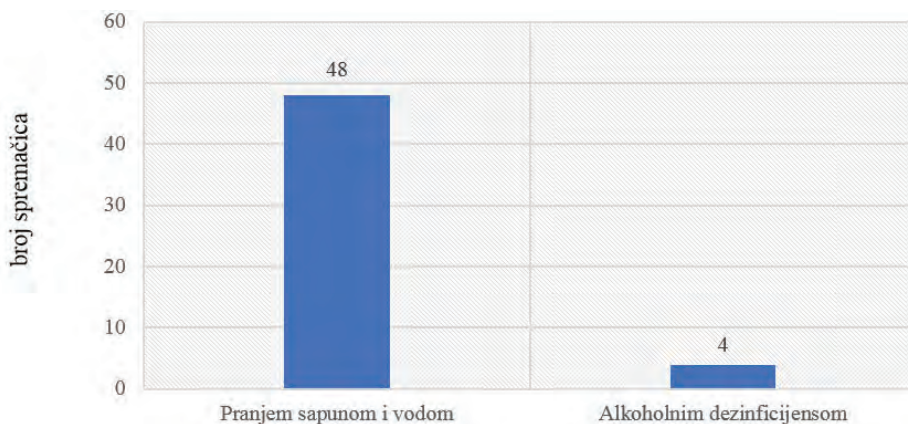
52 % (31) spremačica imaju između 20 i 29 godina radnog staža na poslovima spremanja i čišćenja (Graf 2).

Graf 2: Prikaz spremačica s obzirom na radni staž na poslovima čišćenja i spremanja



Istraživanje nadalje pokazuje da su spremačice svjesne da svojim radom mogu vrlo lako prenijeti infekciju povezanu sa zdravstvenom skrbi, ali i da je u našoj ustanovi relativno nizak postotak infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi. Iako se od spremačica ne očekuje veliko teorijsko znanje, a s obzirom na relativno visok udio spremačica s dugotrajnim radnim vijekom, ne možemo biti zadovoljni što 85,2 % (52) spremačica ne poznaje razliku između sterilizacije i dezinfekcije. 92,3 % (48) spremačica navodi kako higijenu ruku najbolje obavlja pranjem tekućim sapunom i vodom (Graf 3).

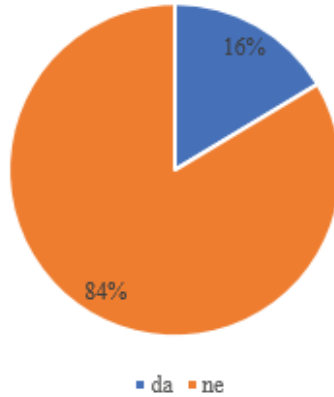
Graf 3: Najviše prihvaćena metoda higijene ruku



Čak 50,8 % (31) spremačica smatra da u smislu površina u bolnici, pod ima najznačajniju ulogu u prijenosu mikroorganizama. Njih 80,3 % (49) smatra kako je glavna pred-

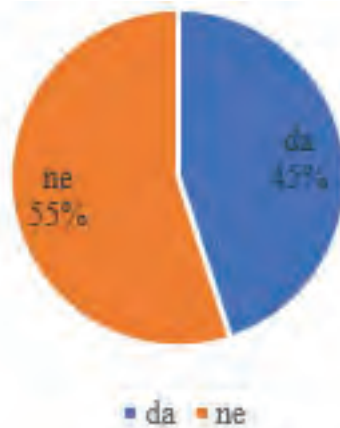
nost MOP (navlaka od apsorbirajućeg materijala pričvršćena na ručku i posebno se koristi za čišćenje podova) sustava čišćenja u očuvanju zdravlja radnika, točnije manje sagibanja u procesu čišćenja. 70,5 % (43) spremačica navodi da su rukavice zamjena za higijenu ruku, iako na pitanja je li higijena ruku obavezna prije i nakon upotrebe rukavica u visokom postotku odgovaraju potvrdno. 16,4 % (10) spremačica navodi kako u bolnici postoje situacije kada se latex rukavice peru i/ili dezinficiraju (Graf 4).

Graf 4: Postoje li u bolnici situacije kada latex rukavice peremo



Čak 43,3 % (26) spremačica ne poznaje jedan od elementarnih načela čišćenja koji kaže da se postupak pranja uvijek obavlja od sušeg prema vlažnijem. 45 % (27) spremačica odgovorilo je da nakon raspršivanja sredstva za čišćenje ili dezinfekciju primjenom pumpice isključuje daljnju potrebu za brisanjem krpom ili jednokratnim brišačima (Graf 5).

Graf 5: Potreba za prebrisanjem nakon raspršivanja dezinficijensa



47,5 % (29) spremačica smatra da ogrlica oko vrata ili dugačke naušnice nemaju utjecaj na higijenu ruku.

5 Rasprava

Više od polovine spremačica u Općoj županijskoj bolnici Požega starije je od 50 godina. S obzirom da je njihov posao često fizički zahtjevan, a u zadnje vrijeme zahtjeva sve veću pismenost, informatičko znanje i općenito rad s tehnikom, evidentan je nedostatak mladog kadra. Iako su spremačice prošle sve osnovne edukacije o higijeni ruku, one i dalje, pored alkoholnih preparata, kao najprihvatljiviju metodu odabiru pranje ruku tekućim sapunom i vodom. Poznato je da se prijenos patogena u bolničkoj sredini najčešće odvija putem ruku osoblja (Jayatilleke, 2017), pa zabrinjava činjenica da spremačice u viskom postotku smatraju da pod ima najvažniju ulogu u prijenosu patogena (Boban idr., 2012). MOP sustav čišćenja poda uveden je upravo iz razloga, osim sprečavanja križnih infekcija, da se izbjegne kontakt ruku/rukavica sa sredstvom za pranje poda dok spremačice u našoj bolnici to vide kao benefit očuvanja zdravlja lokomotornog sustava. Zabrinjava podatak da velik udio spremačica ne prepoznaje indikacije za upotrebu rukavica te upotrebu rukavica ne povezuje s trenucima za higijenu ruku. Dobiveni rezultati prikazali su nam područja insuficijentna znanjem te na taj način nam olakšavaju daljnje intervencije poput dodatne, usmjerene i prilagođene edukacije spremačica.

LITERATURA

1. Bhalla, A., Pultz, N. J., Gries, D. M. idr. (2004). Acquisition of nosocomial pathogens on hands after contact with environmental surfaces near hospitalized patients.
2. Boban, N., Drenjančević, D. in Payern - Pal, M. (2012). Higijena ruku, Svjetska zdravstvena organizacija/Kampanja za pranje ruku prijevod. Zagreb: Tehnički priručnik.
3. Carling, P. C., Briggs, J., Highlander, D. in Perkins, J. (2006). An evaluation of patient area cleaning in three hospitals using a novel targeting methodology. *Am J Infect Control*, 34, 513–519.
4. Dancer, S. J. (2004). How do we assess hospital cleaning? A proposal for microbiological standards for surface hygiene in hospitals. *J Hosp Infect*, 56,10–15.
5. Jayatilleke, K. (2017). Infection prevention and control in Sri Lankan hospitals in relation to WHO Guidelines. *Sri Lankan Journal of Infectious Diseases*, 7 (1), 2–9.
6. Kalenić, S. idr. (2011). Smjernice za higijenu ruku u zdravstvenim ustanovama. *Liječnički Vjesnik*.
7. Malik, R. E, Cooper, R. A, Griffith, C. J. (2003). Use of audit tools to evaluate the efficacy of cleaning systems in hospitals. *Am J Infect Control*, 31, 181–187.
8. Pittet, D., Hugonnet, S., Harbarth, S., Mourouga, P., Sauvan, V., Touveneau, S. in Perneger (2000). TV. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme. Lancet*, 356,1307–1311.

Analiza ergonomskih obremenitev pri delu v diagnostičnem laboratoriju

UDK 331.421+616-074

KLJUČNE BESEDE: ergonomija, obremenitve, diagnostični laboratoriji, metoda OWAS, metoda CORLETT

POVZETEK - Obremenjenost na delovnem mestu lahko privede do utrujenosti in bolezenskih odzivov delavčevega telesa, zato je pomembno, da skrbimo za ohranjanje zdravja tudi v delovnem okolju. Namen raziskave je bil oceniti obremenitve delovnih položajev telesa in mišično neudobje delavcev v diagnostičnem laboratoriju ter pripraviti priporočila za zmanjševanje obremenjenosti delavcev. V raziskavi sta bili uporabljene metodi OWAS in CORLETT. Podatki so zbrani pri enotedenskem opazovanju treh zaposlenih oseb v diagnostičnem laboratoriju. Na podlagi rezultatov metode OWAS smo ugotovili, da prihaja do preobremenitev telesnih položajev opazovanih oseb v dveh segmentih torakolumbalne hrbtenice, pri položaju zgornjih in spodnjih udov in pri položaju cervikalne hrbtenice, kjer je potrebno ukrepanje v doglednem času oz. pri položaju zgornjih udov, kjer je potrebno takojšnje ukrepanje. Ugotovitve metode CORLETT kažejo na neudobno počutje v gibalnih pri osebi 1 v zaprtem delu in pri osebi 3 v srednjem in spodnjem delu hrbta. Ugotovili smo, da je bolečina v posameznem telesnem segmentu povezana z aktivnostjo delavcev in nepravilno držo. Svetujemo ukrepe za zmanjševanje obremenitev, kot so pravilna drža med delom, primerna višina stola ter več telesne aktivnosti v prostem času in med delom. Tako lahko pri pomoremo k izboljšanju zdravja in počutja zaposlenih.

UDC 331.421+616-074

KEY WORDS: ergonomics, workload, diagnostic laboratory, OWAS method, CORLETT method

ABSTRACT - Workload can lead to fatigue and pathological responses of a worker's body, so it is important to control the ergonomic hazards. The aim of this study was to identify the burden of working postures of the body and muscle discomfort of workers in the diagnostic laboratory, and make recommendations to reduce the load on workers. The methods we used in the study were OWAS and CORLETT methods. The data were collected in a weeklong observation of three employees in a diagnostic laboratory. The OWAS method showed an overload of postures for the observed people in two segments of thoracolumbar spine position, in the position of upper and lower limbs and the cervical spine, where intervention is needed in due time, and immediate action for the position of upper limbs. Findings according to the CORLETT method show discomfort in limbs of person 1 in the wrist area and for person 3 in the middle and lower back. We have found out that the pain in each physical segment is associated with the activity and irregular postures. Measures to reduce the exposure, such as correct posture while working, suitable chair height, and more physical activity in leisure time and at work is advised. Thus, we can contribute to improving the health and well-being of employees.

1 Teoretična izhodišča

Delovne zmožnosti človeka na delovnem mestu so lahko velike, kadar je v ravnovesju odnos človekove zmogljivosti do delovnih zahtev. To ravnovesje pa je lahko porušeno z obremenitvami, ki nastajajo v samem delovnem okolju in lahko privedejo do utrujenosti in bolezenskih odgovorov delavčevega telesa. Vplivi delovnega okolja na delavca se lahko izkažejo kot (Bilban, 1999):

- ugodni (ustreznost delovnih razmer s fiziologijo delavca pri delu, ki ni naporno),
- naporni (se pojavljajo pri dodatni obremenitvi delavcev poleg osnovnih nalog z drugimi vplivi (hrup, vročina, osvetlitev ipd.)),

- škodljivi (razmere v delovnem okolju povzročijo okvaro zdravja (zastrupitve, okvare sluha zaradi hrupa, infekcije itd.).

Neravnovesja, ki prihajajo med človekom in okoljem na delovnem mestu, predstavljajo povečano tveganje za zdravje, zato je pomemben nadzor nad ergonomskimi nevarnostmi, njihovo prepoznavanje in odkrivanje. Najpogostejše bolezni, ki nastajajo v povezavi z delom, so kostno – mišične bolezni (Gomez, Alvares in Nogareda, 2013). Veda, ki ugotavlja vzroke obremenitev, katerim je delavec izpostavljen na delovnem mestu se imenuje ergonomija. Ergonomija povezuje in usmerja različna področja v enoten cilj, ki je ustvarjanje uspešnega in humanega oblikovanja dela (Husić, 2010). Delo v številnih pogledih močno vpliva na zdravje delavca. Različne poškodbe in bolezni se lahko pojavijo kot posledica opravljanja dela (Pheasant, 1991). Bolezni, ki nastajajo pri opravljanju nalog na delu in so povzročene na delovnem mestu, imenujemo poklicne bolezni. Potek okvare zdravja je lahko akuten ali kroničen. Za nastanek poklicnih bolezni niso pomembni samo tisti dejavniki, ki nastajajo na delu, ampak pripomorejo tudi dejavniki od zunaj, izven dela, ter posamezne lastnosti človeka. Pri poškodbah na delovnem mestu so vzroki in izvori očitni ter so lažje dokazljivi kakor dolgotrajna bolezenska stanja, ki so vzročno povezana z delom (Bilban, 2005). Delavec je poleg biomehanskih, energetskih, senzoričnih in psihičnih obremenitev izpostavljen tudi vplivom okolice, kjer so pomembni tudi medsebojni odnosi in biološki ritem vsakega posameznika (Bilban, 2005). Polajnar, Verhovnik, Sabadin in Hrašovec (2003) opozarjajo tudi na stresne situacije, katerim se v sodobnem času delavci le težko izognejo. Ti pritiski oziroma stres se tako največkrat pojavljajo v delovnem okolju. Stres je definiran kot katerakoli motnja, ki ovira psihično in fizično počutje. Pojavljanje stresa ima lahko prevelik učinek in zato škodljivo deluje ne samo na posameznika, temveč tudi na širše okolje družinskega kroga, delovno organizacijo in družbo, torej deluje na več ravneh (Polajnar idr., 2003).

2 Metoda

V naši raziskavi smo uporabili dve metodi za mersko analizo delovnih mest, metodo OWAS (OVACO Working Postures Analysing System) in metodo CORLETT. Z metodo OWAS smo beležili telesne položaje opazovanih oseb, z metodo CORLETT pa smo beležili neudobno počutje oziroma bolečine v predelih telesa. Pri opazovanju treh zaposlenih v diagnostičnem laboratoriju smo uporabili frekvenčno metodo opazovanja gibov in neudobnega počutja v obdobju enega delovnega tedna.

Pri metodi OWAS delovne položaje in drže razdelimo v štiri vzorce torakolumbalne hrbtenice in pet vzorcev cervikalne hrbtenice, drže zgornjih udov razdelimo na štiri vzorce, drže roke na tri in spodnje ude na 7 vzorcev drže ter dva gibalna vzorca. Beležimo tudi premagovanje sil na treh ravneh. Težišče je na statičnih oz. statično opazovanih značilnostih telesnih položajev. Opazovali smo tri delavce hkrati ter opažene položaje registrirali v sistematičnih časovnih intervalih (vsake tri minute) (Sušnik, 1987; Sušnik, 1992).

Metoda CORLETT za ocenjevanje nelagodja oz. neudobnega počutja v gibalih zah-teva spremljanje delavca preko celotnega delovnika. Med delom smo opazovane pe-riodično spraševali, kje čutijo neudobje oziroma bolečine ter jim pri tem za pomoč in orientacijo predložili poseben obrazec, na katerem je obris človeškega telesa z ošte-vilčenimi deli hrbtne strani telesa. Pri tem so morali opazovani delavci najprej navesti mesto, kjer neudobje ali bolečino najbolj občutijo, nato pa po vrsti druga mesta od večjega proti manjšemu neudobju oziroma bolečini. Navesti so morali vsa mesta, kjer so čutili neudobje ali bolečino (Sušnik, 1987).

Pri svojem delu smo bili pozorni tudi na upoštevanje zakonskih in podzakonskih ak-tov, ki obravnavajo različna področja na delovnem mestu. To so Zakon o varnosti in zdravju pri delu (2011), Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine (2004 in 2016), Pravilnik o prezračevanju in klimatizaciji stavb (2002), Pravilnik o varovanju delavcev pred tveganji zaradi izpostavljenosti bioloških dejavnikov pri delu (2002), Pravilniku o varovanju delavcev pred tveganji zaradi izpostavljenosti kemičnim snovem pri delu (2001) ter Pravilnik o zahtevah za zagotavljanje varnosti in zdravja delavcev na de-lovnih mestih (1999).

3 Rezultati

3.1 Opazovanci

Pri opazovanju treh zaposlenih v diagnostičnem laboratoriju smo uporabili frekvenčno metodo opazovanja gibov in neudobnega počutja v obdobju enega delovnega tedna, to je 5 dni, od ponedeljka do petka. Delovnik zaposlenih je vse opazovane dni trajal 8 ur v dopoldanskem času od 6.00 do 14.00. Opazovana oseba 1 je bila stara 34 let in je po izobrazbi laboratorijski tehnik. V diagnostičnem laboratoriju je zaposlena 12 let. Oseba 2 je po izobrazbi magister laboratorijske biomedicine, in je imela v času opa-zovanja 28 let, zaposlena 2 leti. Oseba 3 je zaposlena kot laboratorijski tehnik, stara je bila 29 let in je imela 10 let delovne dobe.

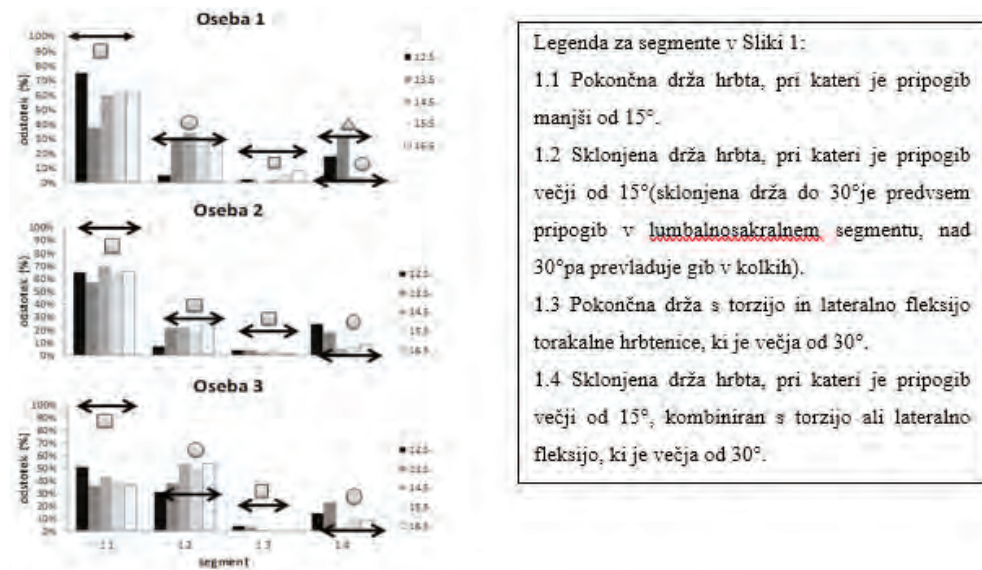
3.2 Metoda OWAS

Vsaka slika posameznega segmenta predstavlja združene grafe treh opazovanih oseb (Slika 1 – Slika 5). V torakolumbalnem segmentu hrbtenice je prišlo do prekoračenih obremenitev po fizioloških priporočilih pri osebi 1 in osebi 3 v sklonjeni drži hrbta, kjer je pripogib večji od 15° (položaj 1.2). Pri osebi 1 je v tej drži prišlo do prekora-čenih obremenitev drugi in tretji opazovani dan, pri osebi 3 pa vseh pet dni opazova-nja. Pri obeh osebah je potrebno ukrepati v doglednem času. Naslednje prekoračitev obremenitev smo zaznali pri položaju 1.4, in sicer pri vseh opazovanih osebah vsak dan opazovanja. Pri osebi 2 in 3 je potrebno ukrepati v doglednem času, pri osebi 1 pa je ukrep potreben takoj, saj je sklonjena drža hrbta, pri kateri je pripogib večji od 15° kombiniran s torzijo ali lateralno fleksijo, ki je večja od 30°, presejala 30 % (Slika 1).

V slikah 1 – 5 simboli pomenijo vrsto ukrepa glede na izračunane procentualne deleže položajev in drž, ki jih ocenimo s pomočjo ocenjevalne tabele za analiziranje delovnih položajev:

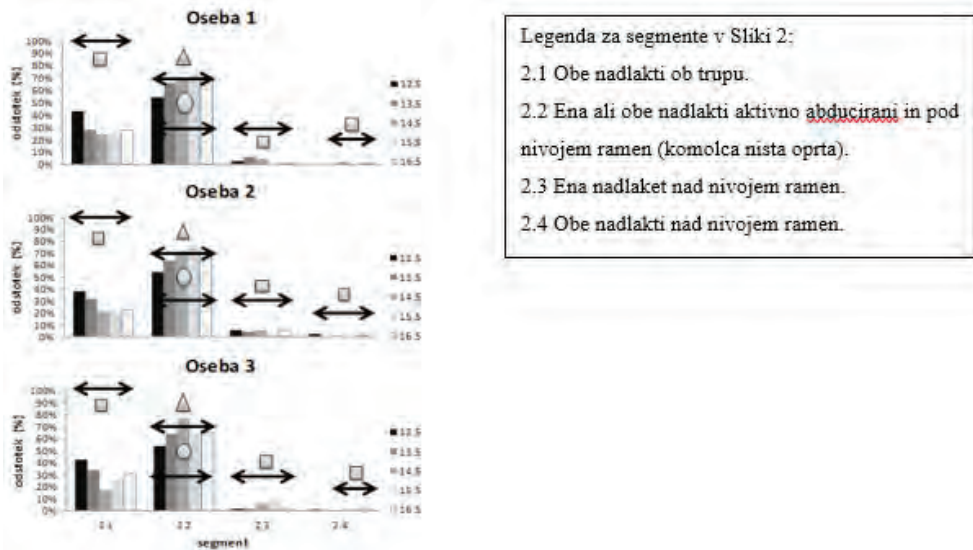
- ukrepi niso potrebni (□),
- ukrepati je potrebno v doglednem času (○),
- ukrepati je potrebno takoj (▲) in
- položaj je potrebno podrobneje proučiti (■) (Sušnik, 1987).

Slika 1: Rezultati obremenitev torakolumbalne hrbtenice opazovanih oseb



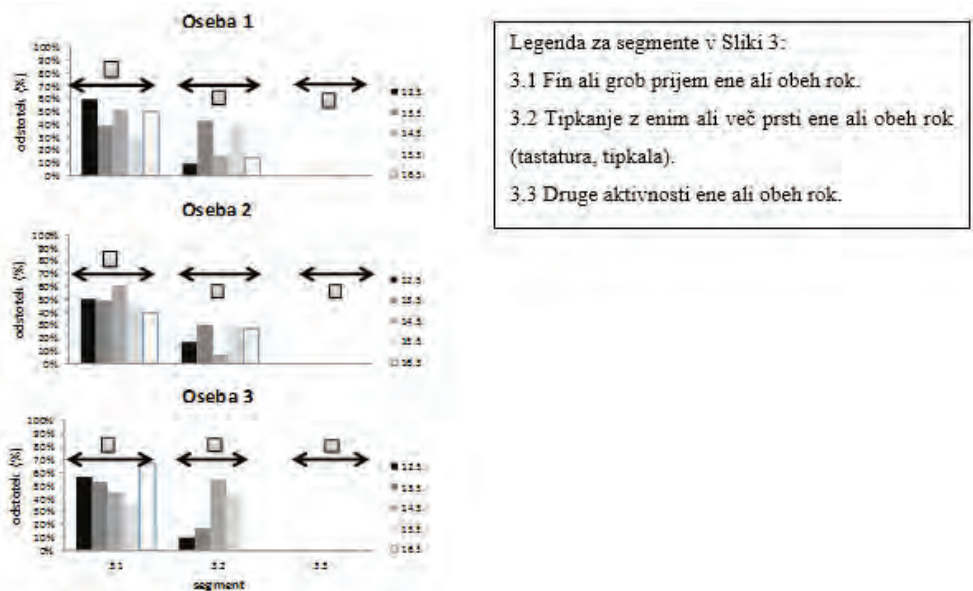
Slika 2 prikazuje obremenitve zgornjih udov, kjer vidimo, da je položaj 2.2 pri vseh treh osebah nad priporočenimi obremenitvami. Ukrepanje je potrebno v doglednem času, saj je fiziološko priporočilo preseženo (30 %). Takojšnje ukrepanje je potrebno v tistih primerih, kjer je prekoračitev fizioloških priporočil nad 70 %.

Slika 2: Rezultati obremenitev zgornjih udov opazovanih oseb



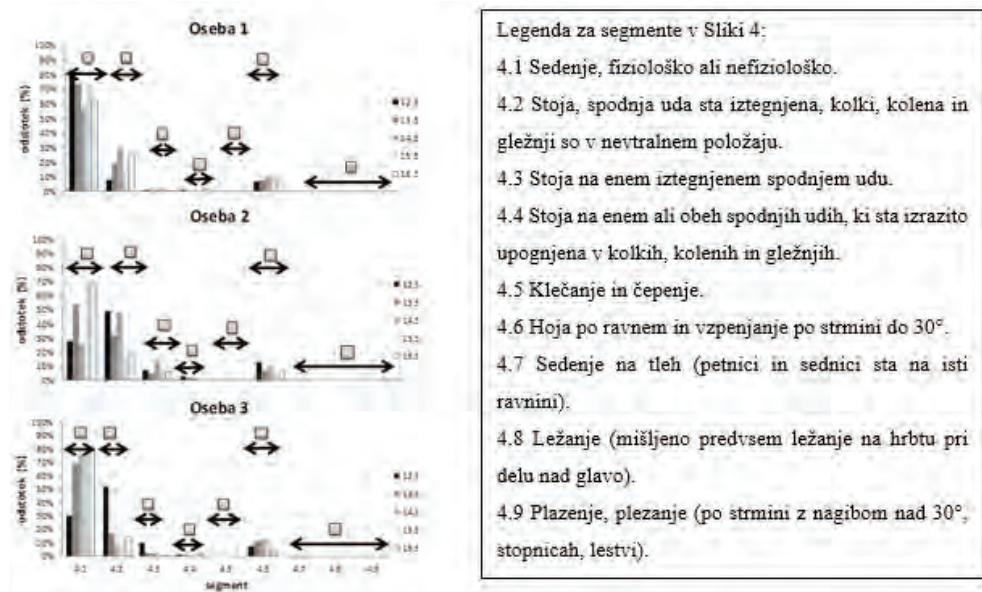
Slika 3 prikazuje obremenitve rok. Položaje finega ali grobega prijema ene ali obeh rok (položaj 3.1) smo zabeležili predvsem pri odvzemu biološkega materiala krvi z držanjem igel in epruvete ter nameščanjem žilne preveze, torej pri uporabi medicinskih pripomočkov. Vendar kljub temu ne prihaja do prekoračitve obremenitve, zato ukrepanje ni potrebno pri nobeni osebi.

Slika 3: Rezultati obremenitev rok opazovanih oseb

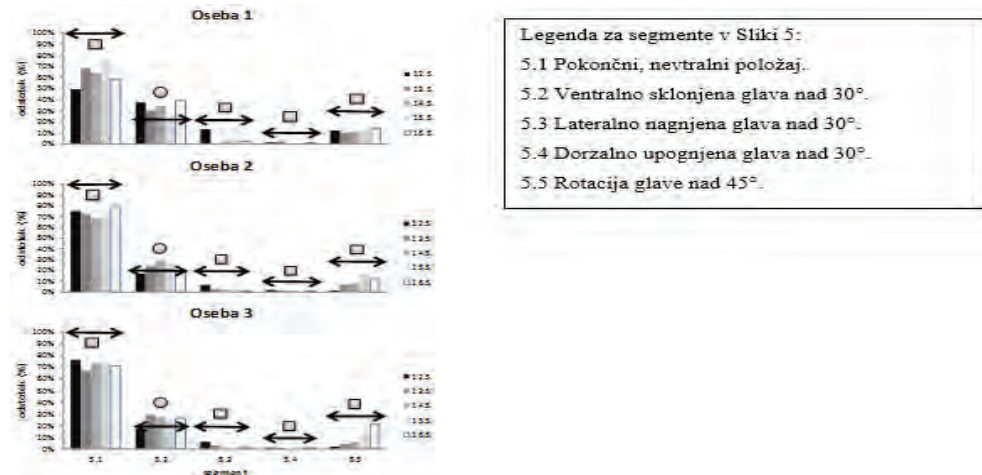


Obremenitve spodnjih udov prikazuje Slika 4. V segmentu spodnjih udov prihaja do prekoračitve fizioloških priporočil pri položaju sedenja (4.1) samo pri osebi 1 prvi dan v opazovanem tednu. Fiziološko priporočilo za ta položaj je 80 % in je potrebno ukrepati v doglednem času. Iz rezultatov, ki smo jih pridobili, je razvidno, da se vzorec sedenja pri opazovanih osebah večinoma pojavlja pri odvzemu krvi, pri vnosu in obdelavi podatkov preiskovancev v sistem ter v hematološkem laboratoriju. Pri osebi 2 je velikokrat opaziti položaj stoje na enem iztegnjenem udu (položaj 4.3), ki prispeva k slabši stabilizaciji telesa in nepotrebni obremenitvi enega od spodnjih udov.

Slika 4: Rezultati obremenitev spodnjih udov opazovanih oseb



Slika 5: Rezultati obremenitev cervikalne hrbtenice opazovanih oseb



V segmentu glave smo največkrat zabeležili položaj 5.2, kjer je glava ventralno sklonjena nad 30°. Pri osebi 1 in 3 prekorači dopustno obremenitev v štirih dneh, medtem ko pri osebi 2 v treh opazovanih dneh. Ukrep je potreben v doglednem času. Omenjen položaj je bil pri vseh opazovanih osebah največkrat zabeležen v laboratoriju odvzema krvi pri pripravi preiskovanca na odvzem, v urinskem laboratoriju pri sprejemu ter nadaljnji obdelavi vzorcev, kot so fizikalne in kemijske analize, mikroskopski pregled sedimenta.

3.3 Metoda CORLETT

Rezultati ocene neudobnega počutja v gibalih pridobljeni po metodi CORLETT so pokazali, da sta neudobje v gibalih čutili oseba 1 in oseba 3. Oseba 1 je imela bolečine v podlaktih (predvsem v zapestju) dva dni in sicer prvi in tretji dan. Bolečine so se pričele po prvi uri delovnega časa in so bile konstanto prisotne vse do konca delovnika. Pri osebi 3 se je neudobno počutje pojavilo prvi, drugi in četrti delovni dan v opazovanem tednu. Pri osebi 3 se je bolečina pojavila v srednjem in spodnjem delu hrbta. Oseba 2 ni imela nobenega neudobnega počutja oz. bolečin v gibalih v celotnem opazovanem delovnem tednu.

4 Razprava

Pri delu v diagnostičnem laboratoriju prihaja do različnih obremenitev, ki lahko vplivajo tako na samo delo kot tudi na počutje laboratorijskega osebja. Delo mora biti izvedeno natančno in spretno, zato je pomembno te obremenitve na delovnem mestu odpraviti ali vsaj zmanjšati, da bi bilo splošno počutje in zdravje zaposlenih čim boljše. Ergonomija ima ključno vlogo pri odpravljanju obremenitev v delovnem okolju, ker z analiziranjem delovnih obremenitev in vpeljavo ukrepov za izboljšanje stanja, preprečuje nastanek poškodb in bolezni zaposlenih. Na podlagi rezultatov pridobljenih z metodo OWAS lahko vidimo da prihaja do prekoračitve fizioloških priporočil pri določenih položajih telesa. Pogosto prihaja do prekoračitev pri sedečem delu. Na podlagi opazovanja zaposlenih pri delu z mikroskopom, računalnikom in pri ostalem sedečem delu, ki se v pogosto pojavlja pri delu laboratorijskega osebja, lahko z enostavnimi ukrepi odpravimo nepravilnosti. Svetujemo, da se sedež pomakne bližje delovni površini ter da si vsaka oseba nastavi višino stola glede na svojo telesno višino. Svetujemo tudi pravilno držo telesa s čim bolj izravnano cervikalno in torakolumbalno hrbtenico. Pri zgornjih udih priporočamo, da so nadlahti čim bolj ob telesu ter v naravnem položaju. Ugotovili smo, da samo delo včasih ne dopušča drugačne drže telesa, še posebej pri odvzemu bioloških vzorcev.

Tudi rezultati pridobljeni z metodo CORLETT so pokazali na prisotnost neugodja v gibalih. Največ neugodja smo opazili pri dveh opazovanih osebah. Neugodje se je pri eni osebi pojavljalo v zapestnem delu podlahti, ko je oseba delala na delovnem mestu odvzema krvi. Osebi svetujemo, da bi med krajšimi odmori naredila vaje za razgibavanje in raztezanje zapestja in med samim delom bila pozorna na pravilne položaje zgornjih udov ter vratnega dela hrbta. Osebi z nelagodjem v zapestju svetujemo, da bi med delom nosila elastično zapestno manšeto za boljšo podporo in lajšanje

nelagodja v zapestju. Pri osebi, ki je navajala bolečine v srednjem in spodnjem delu hrbta, je dostikrat prihajalo do prekomernih pripogibov. Osebi svetujemo, da se med delom večkrat pretegne, kadar delo dopušča, ter da oseba izvaja vaje za razgibanje v daljšem odmoru. Neudobje v hrbtnem predelu je lahko tudi posledica slabše fizične kondicije, zato se svetuje, da se oseba v prostem času ukvarja s telesno aktivnostjo in izvaja take vaje, ki povečujejo stabilnost trupa.

5 Zaključek

Dobljene rezultate smo predstavili opazovanim delavkam in vodstvu. Podali smo tudi ukrepe, da bi tako preprečili preobremenjenosti za posamezen del telesa v različnih fazah dela, ki so izzvali neudobje in bolečine v gibalih pri opazovanih osebah.

Z vsakim načrtom in ukrepom za izboljšanje ali ohranitev zdravja pripomoremo k boljšemu počutju in kakovosti dela zaposlenih v diagnostičnem laboratoriju.

LITERATURA

1. Bilban, M. (1999). *Medicina dela*. Ljubljana: Zavod za varstvo pri delu.
2. Bilban, M. (2005). *Medicina dela za študente tehniške varnosti*. Ljubljana: Zavod za varstvo pri delu.
3. Gomez, S. D., Alvares, V. A. in Nogareda, C. S. (2013). *Ergonomija in promocija zdravja pri delu*. V T. Urdih Lazar (ur.), *Promocija zdravja pri delu: definicije, metode in tehnike* (335–388). Ljubljana: Univerzitetni klinični center.
4. Husić, M. (2010). *Ergonomija in zdravje pri delu*. Ljubljana: Zavod IRC. Pridobljeno 15. 9. 2017, s http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/vs/Gradiva_ESS/Impletum/IMPLETUM_20EKONOMIST_Ergonomija_Husic.pdf.
5. Pheasant, S. (1991). *Ergonomics, work and health*. London: MacMillan Press.
6. Polajnar, A., Verhovnik, V., Sabadin, A. in Hrašovec, B. (2003). *Ergonomija*. Maribor: Fakulteta za strojništvo.
7. *Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine (uradno prečiščeno besedilo)*. (2004). Uradni list RS, št. 64 (15. 5. 2002) in sprememba: Uradni list RS, št. 1/2016. Pridobljeno 25. 9. 2017, s https://www.uradni-list.si/_pdf/2002/Ur/u2002042.pdf.
8. *Pravilnik o prezračevanju in klimatizaciji stavb (uradno prečiščeno besedilo)*. (2002). Uradni list RS, št. 42. (15. 5. 2002). Pridobljeno 27. 9. 2017, s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/36371>.
9. *Pravilnik o varovanju delavcev pred tveganji zaradi izpostavljenosti bioloških dejavnikov pri delu (uradno prečiščeno besedilo)*. (2002). Uradni list RS, št. 4. in sprememba: Uradni list RS, št. 39/2005. Pridobljeno 23. 9. 2017, s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV4082>.
10. *Pravilniku o varovanju delavcev pred tveganji zaradi izpostavljenosti kemičnim snovem pri delu (uradno prečiščeno besedilo)*. (2001). Uradni list RS, št. 100 in spremembe: Uradni list RS, št. 39/2005, 53/2007 in 38/2015. Pridobljeno 23. 9. 2017, s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV4030>.
11. *Pravilnik o zahtevah za zagotavljanje varnosti in zdravja delavcev na delovnih mestih (uradno prečiščeno besedilo)*. (1999). Uradni list RS, št. 89. Pridobljeno 20. 9. 2017, s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/55492>.
12. Sušnik, J. (1992). *Ergonomska fiziologija*. Radovljica: Didakta.

Preprečevanje tetanusa ob poškodbi s cepljenjem v Sloveniji

UDK 614.47:579.852.13

KLJUČNE BESEDE: *Clostridium tetani*, oskrba rane, tetanus, profilaksa, cepljenje proti tetanusu

POVZETEK - Tetanus je življenje ogrožajoča bolezen, ki jo povzroča nevrotoksin bakterije *Clostridium tetani*, ki pride v človeško telo skozi rano ob poškodbi. Tetanus preprečimo z ustrežno kirurško oskrbo rane in s cepljenjem ob poškodbi (ob hkratni pasivni zaščiti s protitelesi) in v okviru primarne preventive z obveznim cepljenjem po predpisanem programu v otroštvu in z rednimi revakcinacijami na sedem do deset let. Poškodovanci pogosto ne vedo, kdaj so bili cepljeni. Namen prispevka je primerjava načinov preprečevanja tetanusa v slovenskih bolnišnicah in ugotavljanje precepljenosti otrok proti tetanusu v Sloveniji. Zbrali smo podatke o precepljenosti otrok proti tetanusu v letu 2015, o pogostosti cepljenja ob poškodbi z monovalentnim ali dvovalentnim cepivom (ki vsebuje tudi cepivo proti davici) in uporabi protiteles proti tetanusu v urgentnih kirurških ambulantah slovenskih bolnišnic. V Sloveniji je bilo v letu 2015 proti tetanusu cepljenih 96,1 % otrok. Delež necepljenih otrok je večji v mestih. Po poškodbah se v različnih urgentnih centrih cepi z monovalentnim ali z dvovalentnim cepivom, necepljeni poškodovanci pa dobijo protitelesa proti tetanusovemu toksinu (antitoksin). Tetanus je tudi v razvitem svetu življenje ogrožajoča bolezen. Poškodovanci se ne zavedajo pomembnosti cepljenja proti tetanusu in nevarnosti te bolezni, saj po 2. in 3. odmerek cepiva pride majhno število poškodovancev. Medicinska sestra ima pomembno vlogo, da paciente seznanja z nevarnostjo tetanusa in pomembnostjo cepljenja.

UDK 614.47:579.852.13

KEY WORDS: *Clostridium tetani*, wound treatment, tetanus prophylaxis, tetanus vaccination

ABSTRACT - Tetanus is a life-threatening disease caused by a neurotoxin produced by *Clostridium tetani*, which enters the body through a wound. Tetanus can be prevented by proper surgical wound treatment and passive immunisation together with vaccination (or revaccination) after the injury, or by vaccination through primary preventive programme in the childhood with regular revaccinations every seven to ten years. At the time of the injury, patients are often uncertain about their tetanus vaccination status. The aim of the study was to compare anti-tetanus practices (policies) at the time of wound treatment in Slovenian hospitals and collect data on vaccinations in Slovenian children. We collected data on tetanus vaccinations of Slovenian children in 2015, on the use of mono or bivalent tetanus vaccines in the event of an injury, and on passive immunisations against tetanus with antibodies in emergency surgical departments of Slovenian hospitals. 96.1% of Slovenian children were vaccinated against tetanus in the year 2015, the vaccination rate being lower in urban areas. In the event of an injury, patients are vaccinated in emergency centres in Slovenia with mono or bivalent (together with diphtheria vaccine) vaccines. Unvaccinated patients receive passive immunisation with anti-tetanus antibodies. The injured patients are generally unaware of the importance of the proper tetanus vaccination, nor the dangers of the disease, since only a small fraction of the injured came to get the second and third dose of the vaccine. Nurses play an important role in educating patients about tetanus and the importance of proper vaccination.

1 Teoretična izhodišča

Akutne rane so med najpogostejšimi vzroki za obisk urgentnih kirurških ambulant (Reynolds in Cole, 2006). Ljudje, ki obišejejo urgenco, pogosto ne vedo, kakšen je njihov cepilni status proti tetanusu (McVicar, 2012). Tetanus je huda, dolgotrajna bolezen, ki se lahko kljub zdravljenju konča usodno, smrtnost je med 45-55 %. Bolezen nastane pri ljudeh z rano, ki je globoka in kontaminirana, kar ni vedno razvidno na prvi

pogled. Tetanus povzroča nevrotoksin bakterije *Clostridium* (C.) tetani, ki se nahaja v umazanih ranah. Bakterija je občutljiva na toploto in se ne razmnožuje ter ne metabolizira v prisotnosti kisika, ampak tvori sporo (Parker, 2008). Tetanus povzroči toksin tetanospazmin, ta se iz rane širi po aksonu v osrednje živčevje preko živčnih ovojnic (Gubina, 2002). Tetanus se pojavlja v štirih različnih oblikah: generalizirani, lokalni, neonatalni in kefalni, ki je posebna oblika lokalnega tetanusa. Prvi znak okužbe z bakterijo C. tetani je trismus, oziroma otrdelost čeljustnega sklepa, hipertoničnost – krč skeletnih mišic z oslavljenim nevronskega prenosa, in spazem mišice žvekalke (lat. *musculus masseter*). Bolezen lahko preprečimo s cepljenjem proti tetanusu, z aktivno imunizacijo pred poškodbo oz. po poškodbi, s pravilno oskrbo rane, nevtralizacijo nevezanega toksina, s pasivno imunizacijo, lahko pa uporabimo tudi zdravljenje z antibiotično terapijo (Mikamo idr., 2011). Najpomembnejši preventivni ukrep proti tetanusu je cepljenje po obvezni cepilni shemi z tetanusnim toksoidom že v prvem letu življenja in redne revakcinacije. Taka aktivna imunizacija je v Sloveniji obvezna od leta 1951, s čimer se je število obolelih za to boleznijo pomembno zmanjšalo (Grgič Vitek in Učakar, 2015). Druga možnost za preprečevanje bolezni pa je pasivna imunizacija s tetanusnim antitoksinom po poškodbi oz. kombinacija aktivne in pasivne zaščite. Pri zaščiti proti tetanusu po poškodbi moramo biti še posebej pozorni na poškodovance, ki so bili rojeni pred letom 1951, saj še niso bili cepljeni po cepilni shemi.

V Sloveniji je v zadnjih 8 letih povprečno cepljenih 96 % otrok s petvalentnim cepivom po obvezni predpisani shemi. Vendar pa cepljenost otrok v nekaterih regijah upada, zato se precepljenost in s tem zaščita otrok proti tetanusu po regijah zelo razlikuje (Učakar, Jeraj, Grgič Vitek in Kraigher, 2016). Večjo pozornost moramo nameniti ozaveščenosti staršev v otroških dispanzerjih o potrebnosti cepljenja proti tetanusu in izobraževanju staršev o bolezni in njenih posledicah, učinkih cepiva in načinu preprečevanja bolezni. Starše opozorimo, da s cepljenjem proti tetanusu zaščitimo posameznika in ne kolektiva oz. populacije. Bakterija C. tetani oz. njene spore, so in bodo vedno prisotne v naravi. Stika človeka s sporami torej ne moremo preprečiti.

Ob poškodbi je zato zelo pomembna ustrezna oskrba rane, ki vključuje pregled struktur tkiva, odstranitev odmrlega tkiva z ekscizijo (izrezanjem), odstranitev tujkov, in temeljito izpiranje rane. Izpiranje rane mora biti še posebej skrbno, kadar je rana kontaminirana z zemljo in umazanijo. Izpiramo z najmanj 250 ml sterilne fiziološke raztopine. Tako preprečimo nastanek anaerobnih pogojev, ki so ključni za germiniranje spor bakterije C. tetani in za nastanek okužbe (Grgič Vitek in Učakar, 2015; Norton, 2008).

Uporabimo lahko tudi 3 % vodikov peroksid, ki pa uničuje tudi zdrave celice. Zato po spiranju s peroksidom rano temeljito speremo s fiziološko raztopino. Vodikov peroksid je zelo uporaben, saj zaradi penjenja omogoča izplavljanje umazanije iz rane, kar povzroči, da na površino pridejo tudi mnogi drobni koščki umazanije in prahu, ki jih tako lahko potem odstranimo (Kos, Fischinger in Ambrožič, 2015).

Tipi ran, pri katerih je potrebno posebno pozornost nameniti cepljenju proti tetanusu so: rane ali opekline, ki so starejše od šestih ur, rane ali opekline z odmrlim tkivom, vbodne rane ter ugrizi oz. praske živali, rane, ki vsebujejo tuja telesa, komplicirani

zlomi in rane ter opekline pri pacientih, ki imajo sistemsko sepso (Tetanus, Public Health England, 2013).

Tabela 1: Zaščita proti tetanusu ob poškodbi

| Cepilno stanje | | Majhna čista rana (za tetanusno okužbo nesumljiva rana) | | Vse druge rane | |
|----------------|-----------------------------|--|-----|----------------|--------------|
| Št. odmerkov | Št. let od zadnjega odmerka | Cepivo | TIG | Cepivo | TIG (250 IE) |
| Neznano ali <3 | - | Da* | Ne | Da* | Da |
| ≥ 3 | < 5 | Ne | Ne | Ne | Ne |
| ≥ 3 | 5 – 10 | Ne | Ne | Da+ | Ne |
| ≥ 3 | > 10 | Da+ | Ne | Da+ | Ne |

TIG – humani imunoglobulin proti tetanusu - antitoksin

* začnemo ali nadaljujemo s cepljenjem (do popolnega osnovnega cepljenja)

+ en poživitveni odmerek

Vir: Profilaksa tetanusa, 2006.

Ukrepe preprečevanja tetanusa, glede na cepilni status pacienta, predstavljamo v tabeli 1. Pacient, ki smo mu poleg aktivne imunizacije aplicirali tudi pasivno imunizacijo, nadaljuje s cepljenjem pri svojem izbranem zdravniku. Pacient prejme še dva odmerka cepiva: drugi odmerek prejme 4 tedne po prvem, tretjega pa od 6 do 12 mesecev po drugem odmerku. Le tako zagotovimo zaščito pacienta za nadaljnjih 10 let (Parker, 2008). Pri necepljenih poškodovancih, ali pri poškodovancih z neznanim cepilnim statusom, uporabimo za takojšnjo zaščito pasivno imunizacijo s človeškimi imunoglobulini (Ihan, 2002; Radšel - Medvešček, 2002). To je antitetanusni serum oz. antitoksini kot npr. TETAGAM P 250 IE®, (Centralna baza, 2014). Zaščita je kratkotrajna, in je učinkovita samo toliko časa, kot je življenjska doba protiteles, ki smo jih vnesli v telo (Ihan, 2002; Radšel - Medvešček, 2002). Paciente, ki so bili v preteklosti že vakcinirani po predpisanem programu, pa ob poškodbi aktivno imuniziramo s cepivom Td – pur®. Avgusta 2017 je v Sloveniji zaradi težav z dobavo cepiva Td-pur dovoljena začasna uporaba cepiva za tetanus in davico – Clodivac (Uvedba novih storitev E0691 Clodivac in E0692 Tetana, 2017). Po priporočilih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) uporabimo dvovalentno cepivo proti davici in tetanusu (z zmanjšano vsebnostjo antigenov). Td – pur®, kot trenutno nadomestno cepivo Clodivac, vsebuje inaktiviran tetanusni toksoid v kombinaciji z davičnim toksoidom, adsorbiranim na aluminijev hidroksid (adjuvat), ki je vključen v cepivo za pospešitev, izboljšanje in podaljšanje zaščitnega učinka cepiva (Centralna baza, 2012; Ihan, 2011; Javornik, 2011). Z dvovalentnim cepivom osvežimo imunost, tako proti tetanusu, kot proti davici. V nekaterih evropskih državah kot npr. v Veliki Britaniji pa zaradi drugačnega cepilnega programa v otroški dobi in specifičnih razmer z večjo incidenco oslovskega kašlja pri starejši populaciji, uporabljajo trivalentno cepivo, kar pomeni, da je cepivu priključen še antigen povzročitelja oslovskega kašlja (ECDC Guidance, 2009).

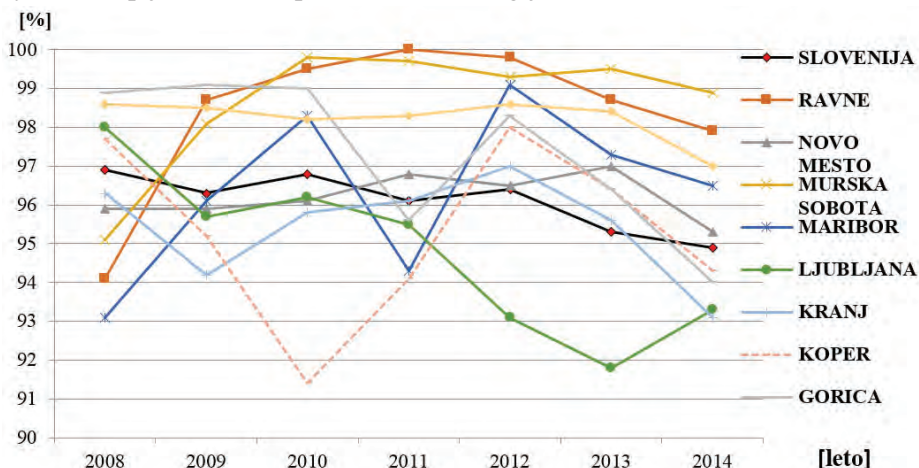
2 Metoda

Na internetnih straneh Nacionalnega inštituta za varovanje zdravja (NIJZ) in v bibliografskih enotah avtorjev, ki so objavili podatke iz Slovenije v strokovnih in znanstvenih revijah smo zbrali epidemiološke podatke o precepljenosti otrok proti tetanusu v letih med 2008 in 2014 in o pogostosti cepljenja ob poškodbi z monovalentnim ali dvovalentnim cepivom (ki vsebuje tudi cepivo proti davici) ter uporabi protiteles proti tetanusu v urgentnih kirurških ambulantah slovenskih bolnišnic.

3 Rezultati

Z zbranimi podatki o precepljenosti otrok, najmlajše populacije, lahko napovemo kolikšno bo tveganje za tetanus, tako v otroški kot tudi kasneje v odrasli dobi. V Sloveniji je tetanus redka bolezen, saj je bila incidenca bolezni v zadnjem desetletju omejena na starejše prebivalstvo, ki še ni bilo cepljeno po obvezni cepilni shemi. V zadnjem času pa se srečujemo tudi s pojavom tetanusa pri otrocih, ki je posledica opustitve rednega, obveznega cepljenja (NIJZ, 2016). Epidemiološki podatki o precepljenosti otrok, kažejo na nihanja v precepljenosti otrok. Zlasti v zadnjem opazovanem letu v večini zdravstvenih regij cepljenost otrok pada (graf 1). Podatki za leto 2015 kažejo, da se v Sloveniji povprečno cepi 96 % otrok, napovedne vrednosti NIJZ-ja za leto 2016 pa predvidevajo le še dobrih 94 % precepljenosti otrok (NIAZ, 2016).

Graf 1: Precepljenost otrok po zdravstvenih regijah med letoma 2008 in 2014



Vir: NIJZ, 2016.

Ob dejstvu, da je cepljen vse manjši delež otrok, pričakujemo povečano incidenco tetanusa pri necepljenih poškodovancih, zato bomo morali biti bolj pozorni na cepilni status tudi mlajših poškodovancev in bomo morali pogosteje poseči po pasivni imunizaciji z antitoksinom. Namen naše študije je bil predstaviti sedanje postopke in ukrepe

pri preprečevanju tetanusa v urgentnih ambulantah. Ugotovili smo, da poškodovance obravnavamo po predpisani shemi enako v vseh urgentnih kirurških ambulantah (tabela 1), vendar za zaščito uporabljamo različni cepivi. V Ljubljani uporabljamo, po priporočilih NIJZ, dvovalentno cepivo proti tetanusu (Te) in proti davici (Di), medtem ko v drugih krajih v Sloveniji uporabljajo večinoma enovalentno cepivo, ki osveži koncentracijo protiteles le proti tetanusu (Te). Podatke o uporabi obeh cepiv v letih od 2008 do 2014 prikazujemo v tabeli 2.

Tabela 2: Precepljenost poškodovancev v Republiki Sloveniji z monovalentnim cepivom proti tetanusu in z dvovalentnim cepivom proti tetanusu in davici

| | <i>Monovalentno cepivo (Te)</i> | | | <i>Dvovalentno cepivo (Te+Di)</i> | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|---------------|---------------|---------------------------------------|---------------|---------------|
| | <i>zaporedni odmerki</i> | | | <i>zaporedni odmerki</i> | | |
| | 1. | 2. | 3. | 1. | 2. | 3. |
| 2008 | 12931 | 7582 (58,6 %) | 5484 (42,4 %) | 9631 | 4736 (49,2 %) | 3534 (36,7 %) |
| 2009 | 11673 | 6890 (59 %) | 5026 (43,1 %) | 7773 | 4397 (56,6 %) | 3530 (45,4 %) |
| 2010 | 15728 | 6118 (38,9 %) | 4738 (30,1 %) | 6554 | 3948 (60,2 %) | 2966 (45,3 %) |
| 2011 | 19694 | 6255 (31,8 %) | 4371 (22,2 %) | 9028 | 4283 (47,4 %) | 3020 (33,5 %) |
| 2012 | 19087 | 5522 (28,9 %) | 4300 (22,5 %) | 6802 | 3525 (51,8 %) | 2774 (40,8 %) |
| 2013 | 15708 | 4808 (30,6 %) | 3597 (22,9 %) | 9297 | 3229 (34,7 %) | 2495 (26,8 %) |
| 2014 | 14166 | 4315 (30,5 %) | 3218 (22,7 %) | 9318 | 2897 (31,1 %) | 2131 (22,9 %) |
| Povprečno je prejelo popolno zaščito: | 29,4 % | | | Povprečno je prejelo popolno zaščito: | 35,9 % | |

Vir: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_2008.pdf; http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_2009.pdf; http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_2010.pdf; http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_2011.pdf; http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_2012.pdf; http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/porocilo_cepljenje_2013.pdf; http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/porocilo_cepljenje_2014.pdf.

Pri poškodovancih, pri katerih je od zadnje revakcinacije preteklo že več kot 10 let (tabela 1), po poškodbi ponovimo celotno cepljenje. Po prvem odmerku cepiva, ki ga prejmejo poškodovanci ob poškodbi v urgentni ambulanti, zasledimo zmanjšanje odzivnosti poškodovancev za drugi in tretji odmerek cepiva, ki bi ju morali prejeti poškodovanci pri svojem osebnem zdravniku. Drugi odmerek prejmejo 4 tedne po prvem odmerku, tretji odmerek pa 6-12 mesecev po drugem odmerku. Le po vseh treh odmerkih, to je po celotnem cepljenju, pridobijo poškodovanci učinkovito zaščito proti tetanusu za nadaljnjih 7-10 let. Povprečno se vseh treh cepljenj po predpisani shemi udeleži le slaba tretjina (29,4 %) poškodovancev, ki je prejela monovalentno cepivo oz. dobra tretjina (35,9 %) poškodovancev, ki je prejela dvovalentno cepivo.

Tabela 3: Prikaz poškodovancev, pri katerih je bila izvedena revakcinacija z monovalentnim cepivom proti tetanusu ali z dvovalentnim cepivom proti tetanusu in davici

| Leto | Revakcinacija | |
|------|------------------------|--------------------------|
| | Monovalentno cepivo Te | Dvovalentno cepivo Te+Di |
| 2008 | 4223 | 2355 |
| 2009 | 13966 | 2893 |
| 2010 | 5311 | 2714 |
| 2011 | 6724 | 2932 |
| 2012 | 7889 | 7578 |
| 2013 | 9062 | 3518 |
| 2014 | 9772 | 3592 |

Vir: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_2008.pdf; http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_2009.pdf; http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_2010.pdf; http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_2011.pdf; http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_2012.pdf; http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/porocilo_cepljenje_2013.pdf; http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/porocilo_cepljenje_2014.pdf.

Poškodovance, ki so bili redno revakcinirani in od zadnje revakcinacije še ni minilo 5 do 10 let (tabela 1) ob obsežni, kontaminirani rani revakciniramo z monovalentnim (proti tetanusu) ali dvovalentnim cepivom proti tetanusu in davici, z enojnim odmerkom cepiva, ki osveži koncentracijo protiteles (tabela 3). Tako je poškodovanec ustrezno zaščiten proti tetanusu za nadaljnjih 10 let. Takih poškodovancev je pomembno manj kot pa tistih, pri katerih je od zadnje revakcinacije preteklo že več kot 10 let.

Pri poškodovancih, ki niso bili redno cepljeni, oziroma njihov cepilni status ob poškodbi ni bil znan, so v urgentni kirurški ambulanti injicirali poleg prvega odmerka cepiva tudi protitelesa proti tetanusu, ki so poškodovance zaščitila takoj proti tetanusu (tabela 4). Tudi ti poškodovanci morajo opraviti celotno cepljenje z drugim in tretjim odmerkom cepiva po omenjeni shemi pri izbranem osebnem zdravniku, kar zagotavlja zaščito pred tetanusom za nadaljnjih 10 let.

Tabela 4: Prikaz poškodovancev, ki so dobili pasivno zaščito, protitelesa proti tetanusovemu toksinu

| Leto | Protitelesa proti tetanusu - antitoksin |
|------|---|
| 2008 | 16377 |
| 2009 | 16483 |
| 2010 | 12174 |
| 2011 | 11785 |
| 2012 | 10632 |
| 2013 | 8418 |
| 2014 | 8429 |

Vir: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_2008.pdf; <http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/>

analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_2009.pdf; http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_2010.pdf; http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_2011.pdf; http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_2012.pdf; http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/porocilo_cepljenje_2013.pdf; http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/porocilo_cepljenje_2014.pdf.

4 Razprava

Rezultati cepljenja pri otrocih (Graf 1), kažejo, da je precepljenost proti tetanusu še dobra, vendar se zadnja leta zmanjšuje. Ugotavljamo, da je najmanjša precepljenost v ljubljanski zdravstveni regiji (Učakar idr., 2016). Znotraj ljubljanske zdravstvene regije je najslabša precepljenost na območju Zdravstvenega doma Ljubljana, medtem ko so otroci iz ostalih krajev ljubljanske regije zelo dobro precepljeni proti tetanusu. Otroci, ki niso cepljeni, niso zaščiteni pred tetanusom, zato je verjetnost za pojav tetanusa pri necepljenih otrocih velika. Necepljene otroke moramo ob poškodbi takoj zaščititi s pasivno zaščito, se pravi s protitelesi oz. antitoksinom proti tetanusu, kar predstavlja seveda za otroka večje zdravstveno tveganje, kakor redno obvezno cepljenje, česar pa se starši verjetno ne zavedajo.

Ob obisku poškodovancev v urgentnih ambulantah pogosto ni podatkov o njihovem cepilnem statusu. Cepilnih knjižic poškodovanci ne nosijo s seboj, sami se pa ne spominjajo, kdaj so bili nazadnje revakcinirani. Zato bi bilo zelo koristno, če bi bila vsa cepljenja in revakcinacije zapisane na kartici zdravstvenega zavarovanja. Tako bi odpadle vse dileme o zgodovini cepljenja pri poškodovancih in o potrebi zaščite poškodovancev proti tetanusu. Tuji podatki kažejo, da se ne moremo zanašati na izjave poškodovancev o cepljenju proti tetanusu. Če bi upoštevali le izjave poškodovancev brez kirurške doktrine preprečevanja tetanusa pri poškodovancih, bi neustrezno obravnavali kar 38,8 % poškodovancev v smislu preprečevanja tetanusa (McVicar, 2012). Na tržišču obstajajo reagenti za hitro merjenje koncentracij protiteles proti C. tetani v serumu. Iz tujine prihajajo spodbudni podatki o uporabnosti takih hitrih metod določevanja koncentracij protiteles proti C. tetani v okviru urgentne kirurške obravnave poškodovancev (McVicar, 2012; Parker, 2008). Morda bi bilo smiselno razmisliti o uporabi takih hitrih testov tudi v urgentnih kirurških ambulantah v Sloveniji, zlasti pri poškodovancih rojenih pred letom 1951, ko je bilo uvedeno obvezno cepljenje otrok proti tetanusu in tistih pri katerih cepilni status ni znan.

Tabela 1 kaže, da prihaja pasivna zaščita s protitelesi proti tetanusu načeloma v poštev le pri redkih poškodovancih. V praksi pa vidimo (Tabela 4), da uporabljamo v Sloveniji pri poškodovancih pasivno zaščito sorazmerno pogosto, ravno iz razloga nejasnega cepilnega statusa poškodovancev proti tetanusu. Poučen je primer opustitve pasivne zaščite proti tetanusu ob cepljenju z Irske. Z Irske poročajo o primeru 75-letnega kmeta, ki si je pri delu na kmečkem dvorišču poškodoval levi kazalec. Na urgenci so

mu rano, veliko 2 cm, očistili in zašili. Dobil je tudi osvežitveno cepivo proti tetanusu, pasivne zaščite z antitoksinom pa ne. Enajst dni kasneje se je poškodovanec vrnil s trismusom in okužbo rane. Ponovno so mu rano očistili, predpisali antibiotike ter ga odpustili. Poškodovanec se je vrnil dva dni kasneje zaradi otrdelosti vratu, trismusa in generaliziranega mišičnega spazma. Sprejeli so ga na intenzivno nego. Ob intenzivnem zdravljenju se mu je stanje postopoma izboljšalo. Odpustili so ga dokončno po petindvajsetih dneh zdravljenja, oziroma osemindvajseti dan po poškodbi (Tiwary, Chan, O'Boyle in Ismael, 2008).

Obravnava poškodovancev v luči preprečevanja tetanusa je v Sloveniji ustrežna. Zaskrbljujoč je le podatek o majhnem deležu poškodovancev, ki dokončajo cepljenje pri izbranem osebem zdravniku. Zadnja leta prihajajo poškodovanci po drugi odmerek cepiva le v dobrih 30 %, po tretji odmerek cepiva pa le v 23 % (Tabela 2). Smiselno bi bilo slediti poškodovance, ki so bili cepljeni proti tetanusu v urgentnih kirurških ambulantah v registru in v veliko pomoč bi bila uvedba zdravstvene kartice na kateri bi bili zdravniku dostopni podatki o opravljenih cepljenjih. Tudi osebni zdravnik bi imel tako elektronske podatke, ki bi mu omogočali bolj učinkovito skrb za svoje varovance. Nacionalni inštitut za javno zdravje je oktobra 2016 objavil vest, da je za tetanusom zbolel otrok, ki ni bil cepljen proti tetanusu. Po več kot 20. letih je to prvi opisani primer tetanusa pri otroku v Sloveniji (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016).

LITERATURA

1. Centralna baza zdravil (2012). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Inštitut za varovanje zdravja RS. Pridobljeno 21. 5. 2016, s <http://www.cbz.si/cbz/bazazdr2.nsf/o/B314F2FED0E7C537C12579C2003F532F?opendocument>.
2. Centralna baza zdravil (2014). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Inštitut za varovanje zdravja RS. Pridobljeno 21. 5. 2016, s <http://www.cbz.si/cbz/bazazdr2.nsf/o/1ACFF85206DEF96FC12579C2003F4E17?opendocument>.
3. ECDC Guidance Stockholm (2009). Scientific panel on childhood immunisation schedule: Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP) vaccination. Pridobljeno, s https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/0911_GUI_Scientific_Panel_on_Childhood_Immunisation_DTP.pdf.
4. Grgič Vitek, M. in Učakar, V. (2015). Zaščita proti tetanusu po poškodbi. V V. Bračko (ur.), Urgentni pacient – včeraj, danes, jutri, Zbornik predavanj: 3. Mednarodni kongres, Terme Čatež 15. in 16. oktober 2015 (str. 135–138). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci.
5. Grgič Vitek, M., Učakar, V., Sevljak Jurjevec, M., Metličar, T. in Kraigher, A. (2009). Analiza izvajana imunizacijskega programa v Sloveniji v letu 2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno 15. 6. 2016, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_2008.pdf.
6. Grgič Vitek, M., Učakar, V., Sevljak Jurjevec, M., Jeraj, I. in Kraigher, A. (2010). Analiza izvajanja cepljenja v letu 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno 15. 6. 2016, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_2009.pdf.

7. Gubina, M. (2002). Klostridiji. V M. Gubina in A. Ihan (ur.), *Medicinska bakteriologija z imunologijo in mikologijo* (str. 233–238). Ljubljana: Medicinski razgledi.
8. Ihan, A. (2011). Kako delujejo cepiva. V A. Kraigher, A. Ihan in T. Avčin (ur.). *Cepljenje in cepiva – dobre prakse varnega cepljenja* (str. 33–36); Sekcija za preventivno medicino SZD: Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD: Inštitut za varovanje zdravja.
9. Ihan, A. (2002). Cepljenje. V M. Gubina in A. Ihan (ur.), *Medicinska bakteriologija z imunologijo in mikologijo* (str. 447–453). Ljubljana: Medicinski razgledi.
10. Javornik, S. (2011). Cepiva. V A. Kraigher, A. Ihan in T. Avčin (ur.). *Cepljenje in cepiva – dobre prakse varnega cepljenja* (str. 26–32); Sekcija za preventivno medicino SZD: Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD: Inštitut za varovanje zdravja.
11. Kos, J., Fischinger, A. in Ambrožič, M. (2015). *Travmatske rane – vrste, osnove kirurškega zdravljenja in celjenje*. V V. Bračko (ur.), *Urgentni pacient – včeraj, danes, jutri*, Zbornik predavanj: 3. Mednarodni kongres, Terme Čatež, 15. in 16. oktober 2015 (str. 117–125). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci.
12. Kraigher, A., Ihan, A. in Avčin, T. (2011). *Cepljenje in cepiva – dobre prakse varnega cepljenja*. Ljubljana: Sekcija za preventivno medicino SZD: Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD: Inštitut za varovanje zdravja.
13. McVicar, J. (2012). Should We Test for Tetanus Immunity in all Emergency Department Patients with Wounds? *Emergency Medicine Journal*, 30 (3), 177–179.
14. Mikamo, H., Arakawa, S., Fujiwara, M., Funada, H., Inamatsu, T., Iwata, S., idr. (2011). Anaerobic Infections (Individual Fields): Tetanus. *Official Journal of the Japanese Society of Chemotherapy and The Japanese Association for Infectious Diseases*, 17, 125–132.
15. Norton C. (2008). Animal and Human bites. *Emerg Nurse* 16 (6), 26–29.
16. Parker, M. (2008). Emergency Nurse Practitioner Management of Tetanus Status and Tetanus – Prone Wounds. *Internacional Emergency Nursing*, 16 (4), 266–271.
17. NIJZ (2016). Po dolgih letih zaznali primer tetanusa pri otroku (2016). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Pridobljeno 30. 10. 2016, s <http://www.nijz.si/sl/po-dolgih-letih-zaznali-primer-tetanusa-pri-otroku>.
18. Profilaksa tetanusa po poškodbi. (2006). Ljubljana: Inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 23. 3. 2016, s <http://www.sos112.si/slo/tdocs/profilaksa.pdf>.
19. Radšel - Medvešček, A. (2002). Imunoprofilaksa. V M. Marolt - Gomišek, M., A. Radšel - Medvešček (ur.), *Infekcijske bolezni* (str. 597–605). Ljubljana: Založba Tangram.
20. Reynolds, T. in Cole, E. (2006). Techniques for Acute Wound Closure. *Nursing Standard*, 20 (21), 55–64.
21. Tetanus: The green book, chapter 30. (2013). London: Public Health England. Pridobljeno 28. 6. 2016, s https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/148506/Green-Book-Chapter-30-dh_103982.pdf.
22. Tiwary, T. N., Chan, F. C., O'Boyle, C. in Ismael, T. (2008). Complacency About Tetanus: Development of Tetanus After Finger Tip Injury Despite Anti – Tetanus Treatment. *Injury Extra*, 39 (4), 150–151.
23. Učakar, V., Sevljak Jurjevec, M., Grgič Vitek, M., Javornik, S. in Kraigher, A. (2011). Analiza izvajanja cepljenja v letu 2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno 15. 6. 2016, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_2010.pdf.
24. Učakar, V., Sevljak Jurjevec, M., Grgič Vitek, M., Javornik, S. in Kraigher, A. (2013). Analiza izvajanja cepljenja v letu 2011. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno 15. 6. 2016, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_2011.pdf.
25. Učakar, V., Jeraj, I., Grgič Vitek, M., Javornik, S. in Kraigher, A. (2014). Analiza izvajanja cepljenja v Sloveniji v letu 2012. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 15. 6. 2016, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_2012.pdf.

26. Učakar, V., Jeraj, I., Grgič Vitek, M. in Kraigher, A. (2015). Analiza izvajanja cepljenja v Sloveniji v letu 2013. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Center za nalezljive bolezni. Pridobljeno 15. 6. 2016, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/porocilo_cepljenje_2013.pdf.
27. Učakar, V., Jeraj, I., Grgič Vitek, M. in Kraigher, A. (2016). Analiza izvajanja cepljenja v Sloveniji v letu 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Center za nalezljive bolezni. Pridobljeno 15. 6. 2016, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/porocilo_cepljenje_2014.pdf.
28. Uvedba novih storitev E0691 Clodivac in E0692 Tetana. (2017). Ljubljana: NIJZ. Pridobljeno 30. 9. 2017, s <http://www.zzs.si/egradivap/E6A68B6E136DE706C125818D004398A4>.

Primjena kultura stanica u toksikološkim ispitivanjima

UDK 57.086.836:615.9

KLJUČNE RIJEČI: kulture stanica, in vitro testovi toksičnosti, ksenobiotici, mehanizmi citotoksičnosti

POVZETEK - Biotehnološka primjena kultura stanica širokog je opsega, a primarno obuhvaća komercijalnu proizvodnju različitih biofarmaceutika uključujući cjepiva, monoklonska protutijela, hormone, faktore koagulacije krvi i dr. Proizvodnja određenih tkiva – presadaka kože, hrskavice ili kosti također je moguća in vitro uzgojem animalnih i/ili humanih stanica određenog tipa, a u toksikološkim ispitivanjima njihova primjena postala je neizostavnom dijelom koji predhodi in vivo testiranjima. Time je omogućena značajna redukcija broja pokusnih životinja kao i uvid u specifične učinke ksenobiotika na razini stanice – istraživanja molekularnih mehanizama toksičnosti, interakcija s receptorima i modulacija intracelularnih signalnih puteva, određivanje tipa staničnog odumiranja (apoptoza, nekroza, autofagija, mitotska katastrofa). Praćenje bazalne citotoksičnosti različitim validiranim biotestovima (MTT test, Neural Red metoda, Kenacid Blue metoda, Trypan plavo obojenje mrtvih stanica) rutinski je uključeno u preliminarna in vitro testiranja čime se utvrđuje djelovanje ispitivane tvari na proliferaciju i preživljavanje stanica u kulturi. Razvoj i validacija alternativnih testova toksičnosti te koordiniranje i promicanje korištenja alternativnih pristupa u opsegu su djelovanja organizacija poput FRAME (eng. Fund for Replacement of Animals in Medical Experiments) i EURL ECVAM (eng. EURL - European Union Reference Laboratory; ECVAM - European Centre for the Validation of Alternative Methods) koje su u ovom području dale i daju značajan doprinos.

UDK 57.086.836:615.9

KEY WORDS: cell cultures, in vitro toxicity tests, xenobiotics, cytotoxicity mechanisms

ABSTRACT - Application of cell cultures in biotechnology is widely used and includes commercial production of various biopharmaceuticals like vaccines, monoclonal antibodies, hormones, blood coagulation factors, etc. Production of certain tissues – skin, cartilage or bone grafts is also possible by in vitro techniques using particular animal and/or human cell type. Cell culture application has become an indispensable part of toxicological studies that precede in vivo testing. This enabled a significant reduction in the number of experimental animals as well as an insight into the specific effects of xenobiotics at the cellular level (e.g. molecular mechanisms of toxicity, interactions with receptors and modulation of intracellular signal pathways, detection of cell death - apoptosis, necrosis, autophagy, mitotic catastrophe). In order to determine the effect of the test substance on cell proliferation and viability, cytotoxicity screening with application of various validated assays (MTT test, Neural Red method, Kenacid Blue method, Trypan blue dying of death cells) is routinely included in preliminary in vitro testing. Alternative toxicity tests development and validation, as well as alternative approaches coordination and promotion are in the scope of FRAME (Fund for Replacement of Animals in Medical Experiments) and EURL ECVAM (EURL - European Union Reference Laboratory; ECVAM - European Centre for the Validation of Alternative Methods), organisations that have given a significant contribution in this area.

1 Stanične kulture u biotehnologiji

Primjena kultura stanica u biotehnologiji danas je vrlo širokog opsega. Različiti tipovi životinjskih i ljudskih staničnih kultura već desetljećima nalaze primjenu u komercijalnoj proizvodnji visokovrijednih biotehnoloških proizvoda poput cjepiva, monoklonskih protutijela, rekombinantnih proteina, hormona, faktora rasta, faktora koagulacije krvi i dr. (Freshney, 2005; Kniewald, 1993). Primjena kultura biljnih sta-

nica postala je ekonomičnija alternativa klasičnim pristupima proizvodnje metabolita biljnog podrijetla, posebice onih složenije strukture, od kojih su mnogi ishodište za razvoj novih lijekova (Ochoa - Villarreal idr., 2016). Osim toga biljne stanične kulture predstavljaju jedini ekonomski isplativ način proizvodnje nekih važnih metabolita porijeklom iz rijetkih i/ili ugroženih biljaka, poput npr. diterpenoida paklitaksela (Atanasov idr., 2015; Georgiev, Weber i Maciuk, 2009; Ochoa - Villarreal idr., 2016), koji je danas dio standardne terapije u liječenju različitih vrsta tumora, a otkiven je u kori pacifičke tise (*Taxus brevifolia* Nutt.).

Korištenje staničnih kultura dovelo je i do značajnih postignuća: u istraživanju različitih bolesti (posebno tumora), u istraživanju i primjeni matičnih stanica (Dumont, Euwart, Mei, Estes i Kshirsagar, 2016; Jedrzejczak - Silicka, 2017), razvoja regenerativne medicine (uspješno konstruirani i transplantirani presadci kože, hrskavice, kosti, perifernih živaca ...), tkivnog inženjerstva (rekonstrukcija čitavih manje kompleksnih organa poput mokraćnog mjehura i dr.), IVF (eng. *in vitro* fertilization) postupaka, proizvodnje biopesticida (Thakore i Srivastava, 2017) i razvoja nanotehnologije (Mendes, 2013).

Zbog potrebe za procjenom sigurnosti upotrebe i učinka sve većeg broja nosivih kemikalija i novih proizvoda na zdravlje i okoliš, sve češću primjenu stanične kulture nalaze i u toksikološkim ispitivanjima. Dugi niz godina "zlatni standard" u ispitivanju toksičnosti različitih tvari bili su testovi na pokusnim laboratorijskim životinjama, pri čemu se primjenjivao tzv. 3R princip (eng. Reduce, Replace, Refine). Implementacijom tog principa nastoji se postići smanjenje broja životinja potrebnih za istraživanje, minimalnu uznemirenost, bol i patnju životinja tijekom izvođenja testova te zamjena *in vivo* testova na životinjama alternativnim testovima gdje god za to postoji mogućnost (Murati, Kmetič, Kniewald i Šimić, 2013; Zurlo, Rudicille i Goldberg, 1996). Sve više trenutnih ispitivanja koristi strategiju stupnjevito testiranja kombinirajući eksperimentalne podatke dobivene provedbom niza alternativnih testova (Murati idr., 2013). Takvi testovi uključuju različite fizikalno-kemijske tehnike; tzv. QSAR (eng. Quantitative Structure Activity Relationships) - računalno modeliranje na temelju strukturno sličnih spojeva; tzv. omics tehnologije - tehnologije koje proučavaju karakteristike velikih skupina staničnih molekula, kao što su geni, proteini ili mali metaboliti; metaboličko i kinetičko modeliranje; tzv. microarray tehnologiju te *in vitro* sustave (stanične frakcije, stanične linije, primarne stanične kulture, dijelove tkiva, kulture organa itd.) (Aardema i MacGregor, 2002; Kniewald, Kmetič, Gaurina Srček i Kniewald, 2005). Od *in vitro* sustava, stanične kulture su najčešće korištene od strane istraživača jer su brzi, pouzdani, reproducibilni i relativno jeftini eksperimentalni sustavi za procjenu toksičnosti na staničnoj razini te služe kao značajan izvor informacija o parametrima kao što su genotoksičnost, indukcija mutacija ili smrt stanica (Eisenbrand idr., 2002; Freshney, 2005; Kniewald idr., 2005). Također, zbog etičkih razloga stanične kulture koriste se kao predtestovi testovima koji se provode na životinjama. *In vitro* sustavi općenito, važni su u istraživanju molekularnih, staničnih i fizioloških mehanizama toksičnosti izazvanih kemikalijama, dok se primjenom *in vivo* studija toksičnosti ti mehanizmi teže mogu proučiti (Kniewald idr., 2005). Zbog

nemogućnosti proučavanja metabolizma i biokinetike na razini stanica, in vitro testovi toksičnosti ne mogu u potpunosti zamijeniti ispitivanja koja se provode na laboratorijskim životinjama, ali je nužna njihova daljnja optimizacija kako bi rezultati dobiveni njihovom provedbom bili što bolji pokazatelji in vivo učinaka. Standardizacija protokola i uvođenje novih in vitro testova predstavlja važan segment napretka u toksikološkim istraživanjima. Razvoj i validacija (provjera relevantnosti, pouzdanosti, reproducibilnosti i svrhe) alternativnih testova toksičnosti te koordiniranje i promicanje korištenja alternativnih pristupa u opisu su djelovanja organizacija poput FRAME (eng. Fund for Replacement of Animals in Medical Experiments), EURL ECVAM (eng. EURL - European Union Reference Laboratory; ECVAM - European Centre for the Validation of Alternative Methods), ICCVAM (eng. Interagency Coordinating Committee on the Validation of Alternative Methods), CAAT (eng. Center for Alternatives to Animal Testing) i OECD (eng. The Organisation for Economic Co-operation and Development) (AltTox.org, 2008; Balls i Fentem, 1999).

2007. godine United States National Academy of Sciences objavilo je izvješće pod nazivom "Toxicity testing in the 21st century: a Vision and a Strategy" koje predviđa novi pristup u toksikološkim ispitivanjima te novo doba za toksikologiju (Leist, Hartung i Nicotera, 2008; Wilcox i Goldberg, 2011). U prošlosti su ispitivanja na pokusnim životinjama bila temelj za ispitivanje toksičnosti kemikalija, dok bi u budućnosti postupak započeo istraživanjima djelovanja kemikalija in vitro i in silico, a za eventualno neriješena pitanja provela bi se ciljana testiranja na životinjama.

2 Kulture životinjskih i humanih stanica

Kultura stanica predstavlja pojedinačne stanice izdvojene iz tkiva, organa ili organizma, koje je moguće održavati u umjetnom, kontroliranom okolišu, odnosno u in vitro uvjetima (Radojčić Redovniković, Cvjetko Bubalo, Gaurina Srček i Radošević, 2016). Stanice se iz tkiva mogu izdvojiti mehanički ili pomoću enzima, ili mogu potjecati od otprije uspostavljene stanične linije (Antoni, Burckel, Josset i Noel, 2015). Početkom dvadesetog stoljeća utemeljena su osnovna načela za uspostavu biljnih i životinjskih staničnih kultura in vitro (Jedrzejczak - Silicka, 2017). Značajan doprinos tome dala je primjena aseptičkih tehnika rada i primjena otopine tripsina u svrhu dobivanja suspenzije pojedinačnih stanica.

Stanice izolirane direktno iz organa ili tkiva i naciepljene u hranjivom mediju te održavane u optimalnim in vitro uvjetima nazivaju se primarnim stanicama. Kultura se smatra primarnom sve dok se kontinuiranom subkultivacijom ili drugim postupcima ne prevede u staničnu liniju (Freshney, 2005). Osim onih izoliranih iz tumorskog tkiva, većina primarnih staničnih linija prolazi kroz proces senescencije i prestaje se dijeliti nakon određenog broja puta (Wright i Shay, 2002) te ima ograničen životni vijek (proces je poznat i opisan pod nazivom Hayflikov limit ili fenomen). Glavna karakteristika primarnih kultura je heterogenost koja se očituje u prisustvu različitih tipova stanica tkiva iz kojeg su stanice izolirane te zadržavaju većinu specifičnih funkcija i svojstava

tkiva iz kojeg su potekle (Freshney, 2005; Jedrzejczak-Silicka, 2017). Primarne kulture su općenito, u odnosu na stanične linije, teže za kultivaciju, ali osjetljivije na utjecaje toksičnih kemikalija i bolji model za njihovo izučavanje. Stanične linije su pak homogenije i standardiziranije u odnosu na primarne kulture (Freshney, 2005) te se zbog lakše kultivacije i lakšeg dobivanja reproducibilnih rezultata, u općim studijama toksičnosti koriste u većoj mjeri od primarnih kultura.

Stanične linije s limitiranim brojem dioba i ograničenog životnog vijeka (20-80 dioba prije odumiranja) su konačne stanične linije (Freshney, 2005; Hartung idr., 2002). In vitro transformacijom iz konačnih staničnih linija dobivaju se kontinuirane stanične linije koje neograničeno proliferiraju, a transformacija može biti spontana ili inducirana virusima, kemikalijama ili fizikalnim reagensima (Freshney, 2005). Prvu kontinuiranu staničnu liniju, L929 – staničnu liniju mišjih fibroblasta, uspostavio je W.R. Earle 1943. godine. Tijekom 50-tih i 60-tih godina prošlog stoljeća uspostavljeno je još nekoliko staničnih linija – HeLa, MRC-5 i WI-38 iz humanog tkiva i Vero iz bubrega majmuna. Prvu kontinuiranu ljudsku staničnu liniju uspostavio je 1951. godine G.O. Gey, izolacijom stanica karcinoma vrata maternice pacijentice Henriette Lacks, po kojoj je linija i dobila ime (HeLa) (Butler, 2004).

Stanične kulture se, ovisno o tome da li stanice adheriraju za podlogu, dijele na suspenzijske (neovisne o površini za prihvaćanje) i monoslojne ili adherentne (stanice kojima je za rast, proliferaciju i proizvodnju željenih tvari potrebna prikladna površina) (Freshney, 2005). Većina stanica izoliranih iz organizma, s izuzetkom hematopoetskih stanica i stanica iz malignih tumora, zahtjeva površinu po kojoj će rasti i dijeliti se, dok je dio njih modificiran te se mogu uzgajati kao suspenzijske kulture. Adherentne stanice rastu na površini staklenih ili češće plastičnih (obično od polistirena) boca za kultivaciju ili površini mikronosača, koji mogu biti prekriveni komponentama ekstracelularnog matriksa (poput kolagena, laminina ili fibronektina) kako bi se povećala mogućnost adhezije te osigurali signali potrebni za rast, proliferaciju i diferencijaciju (Jedrzejczak - Silicka, 2017).

Monoslojne kulture uz prednosti (jednostavnija opskrba stanica nutrijentima, lakša izmjena medija, učinkovitije izlučivanje produkata i njihova izolacija) imaju i ograničenja, poput gubitka specifične tkivne strukture te interakcija stanica-stanica i stanica-ekstracelularni matriks. Zbog tih nedostataka te zbog potrebe za reprezentativnijim in vitro modelom koji bolje „imitira“ biokemijska i morfološka obilježja karakteristična za in vivo, javila se potreba za rekonstrukcijom i primjenom kokultura stanica kao i trodimenzionalnih (3D) staničnih kultura (Antoni idr., 2015; Jedrzejczak-Silicka, 2017). Upotrebom 3D sustava nastoji se premostiti jaz između 2D kultura i životinjskih modela, a takvi sustavi nalaze sve veću primjenu u ispitivanju različitih kemikalija, posebice lijekova, istraživanju tumora te u području tkivnog inženjerstva i regenerativne medicine (Antoni idr., 2015; Jedrzejczak - Silicka, 2017).

3 Uzgoj staničnih kultura

Uzgoj staničnih kultura zahtjeva sterilne i strogo kontrolirane uvjete koji se osiguravaju radom u komori za sterilan rad (laminaru) i uzgojem stanica u automatiziranim inkubatorima (Butler, 2004). Optimalna temperatura za uzgoj većine stanica sisavaca je 34-37 °C, te im odgovara parcijalni tlak CO₂ od 5–10 %, relativna vlažnost od 95 % te pH 7,4 (Freshney, 2005; Nema i Khare, 2012). Kako je primijena životinjskih stanica postajala sve češća, tako je došlo do razvoja prvih sintetskih, kemijski definiranih medija. Ovisno o vrsti stanica koje se uzgajaju, medij ima točno definirani sastav (Butler, 2004). Banke stanica, poput ATCC (eng. American Type Culture Collection) i ECACC (eng. European Collection of Authenticated Cell Cultures), osim što su najveće zbirke staničnih kultura, pružaju informacije o medijima koji su najprikladniji za određene stanične kulture (Freshney, 2005). Sastav medija za uzgoj strogo je definiran, ali svaki sadrži esencijalne nutrijente: aminokiseline (esencijalne i neesencijalne) kao prekursore za sintezu proteina; ugljikohidrate kao izvor energije; vitamine; anorganske soli koje osiguravaju osmotski balans; organske sastojke (masne kiseline, lipide, proteine, peptide ...); elemente u tragovima (npr. selen) (Alberts idr., 2002; Butler, 2004; Freshney, 2005). Kao indikator pH u medij se dodaje fenol crveno. Kako bi kultivacija stanica bila što uspješnija, u medij se dodaje i serum (većinom izoliran iz životinjske krvi) koji predstavlja izvor hormona, minerala te specifičnih faktora rasta i diferencijacije. Najčešće se upotrebljavaju fetalni goveđi, teleći i konjski serum, a dodaju se u količini 5-20 % (Butler, 2004; Freshney, 2005). Dodatak seruma povećava rizik od kontaminacija (plijesni, mikoplazma, virusi), a može sadržavati i neprikladne količine specifičnih faktora rasta. U novije vrijeme se sve češće primjenjuju posebno obogaćeni serum-free mediji, koji sadrže hormone i faktore rasta i s kojima je moguća kultivacija stanica bez dodatka seruma. Međutim, stanice moraju prethodno biti prilagođene za rast u takvom mediju (Freshney, 2005). Nekada su se u svrhu reduciranja učestalosti kontaminacija u medij za uzgoj dodavali antibiotici (streptomycin, penicilin, nistatin, eritromicin...) i antimikotici. Međutim, danas je uz aseptične uvjeta rada omogućene radom u laminaru, upotreba antibiotika smanjena (Butler, 2004).

Da bi se održao optimalan rast stanica u in vitro uvjetima medij za uzgoj potrebno je periodički mijenjati. Tijekom uzgoja, stanice crpe hranjive sastojke iz medija, a istovremeno izlučuju produkte metabolizma (od kojih su mnogi štetni). Osim toga tijekom uzgoja se broj stanica uvelike povećava, pa se s izmjenom medija istovremeno mora vršiti i precjepljivanje stanica. Kod stanica u suspenziji riječ je o jednostavnom razrijeđivanju stanica uz dodatak svježeg medija za uzgoj. Monoslojne stanične kulture potrebno je prethodno tretirati proteolitičkim enzimom tripsinom u svrhu odvajanja od površine na kojoj rastu (Butler, 2004; Freshney, 2005).

Kako bi se stanice mogle upotrebljavati kroz duži period, pohranjuju se zamrzavanjem te čuvaju u hladnjacima na temperaturama nižim od -70 °C ili u spremnicima s tekućim dušikom. Stanice se zamrzavaju u eksponencijalnoj fazi rasta uz dodatak krioprotektora (10 % dimetilsulfoksida ili 10 % glicerola) mediju za uzgoj (Butler, 2004; Freshney, 2005).

4 *In vitro* testovi toksičnosti

In vitro test sustavi za ispitivanje toksičnosti trebali bi što vjernije predstavljati onu biološku vrstu koju se nastoji zaštititi od potencijalno toksične tvari, pri čemu je važno predvidjeti sve ključne događaje koji se mogu pojaviti *in vivo* (Roggen, 2011). Upravo tu je i najveći nedostatak ovakvih ispitivanja, jer niti jedan *in vitro* test sustav nije u mogućnosti potpuno zamjeniti procese koji uključuju cjelokupan ADMET (A – apsorpciju, D – distribuciju, M – metabolizam, E – ekskreciju, T – toksično djelovanje) nužno vezan uz organizam. Tako, *in vitro* testovi ne mogu u potpunosti predvidjeti tkivno-specifičnu toksičnost, distribuciju toksikanta, pojavu adaptivnog odgovora ili metaboličke promjene koje mogu dovesti do detoksikacije ili bioaktivacije toksikanta o čemu izravno ovisi konačni ishod toksičnog učinka (Radojčić Redovniković idr., 2016). Jedan od izazova biofarmaceutskih istraživanja danas je korelacija informacija o *in vitro* oslobađanju aktivnih tvari iz različitih formulacija npr. lijekova na *in vivo* profile lijeka (*in vitro* - *in vivo* korelacija). Stoga je potreba za pouzdanim povezivanjem *in vitro* i *in vivo* podataka o otpuštanju i apsorpciji lijeka izrazito povećana, a primjenom dobrih modela skraćuje se razdoblje razvoja lijekova, ekonomiziraju resursi i općenito poboljšava kvaliteta proizvoda (Emami, 2006).

In vitro istraživanja u pravilu započinju određivanjem bazalne citotoksičnosti koja se definira kao učinak nastao međudjelovanjem ispitivane tvari i/ili procesa neophodnih za preživljavanje (staničnu vijabilnost), proliferaciju ili funkcije zajedničke svim stanicama u organizmu (Ekwall, 1995; Radojčić Redovniković idr., 2016). Najčešće primjenjivani testovi citotoksičnosti su: MTT test, Neutral Red metoda, Kenacid Blue metoda, određivanje katalitičke aktivnosti laktat dehidrogenaze (LDH), Trypan Blue metoda (O'Hare i Atterwill, 1995) i dr. Od navedenih biotestova najzastupljeniji i rutinski izvođen je enzimsko- kolorimetrijski MTT test koji se temelji na redukciji tetrazolijeve soli MTT (3-(4,5-dimetiltiazol-2-il)-2,5-difenil tetrazolijev bromid) djelovanjem mitohondrijskih dehidrogenaza u živim/vijabilnim stanicama pri čemu se formiraju ljubičasto obojeni kristali formazana (Kmetič idr., 2008). Metoda je opisana 1983. godine (Mosmann, 1983) kao brza kolorimetrijska metoda za praćenje stanične proliferacije i citotoksičnosti. Formazan se prije mjerenja apsorbancije otapa u organskom otapalu, intenzitet nastalog obojenja korelira s vijabilnošću stanične kulture. Uz MTT reagens, često se kao supstrati koriste i MTS, XTT, WST-1. Za razliku od pozitivno nabijenog MTT-a, MTS, XTT i WST-1 su negativno nabijeni i teško prodiru u stanice. Koriste se intermedijarnim elektron akceptorom (npr. fenazin etil sulfat) koji penetrira u žive stanice, reducira se u citoplazmi ili na plazmatskoj membrani te zatim izlazi iz stanice gdje onda prevodi tetrazolijevu sol u produkt topiv u mediju za uzgoj stanica, čime se sama metoda, u odnosu na MTT test, skraćuje za korak otapanja kristala formazana (Riss idr., 2016). Osjetljiva metoda koja također mjeri metaboličku aktivnost stanica s ciljem određivanja vijabilnosti stanica je metoda koja koristi resazurin (7-hidroksi-3H-fenoksazin-3-on-10-oksid), tamno plavu boju koju žive/vijabilne stanice reduciraju do resorufina koji se može detektirati i kolorimetrijski i fluorimetrijski (Mahto, Chandra i Rhee, 2010; Riss idr., 2016). Često korišten test citoto-

kšičnosti je i Neutral Red biotest koji se temelji na sposobnosti živih/vijabilnih stanica da inkorporiraju supravitalnu boju Neutral Red u lizosome živih stanica (Kmetič idr., 2008). *In vitro* ispitivanja Neutral Red metodom su inicijalno razvijena za procjenu virusne citopatogenosti, imunotoksičnosti i za otkrivanje toksičnih spojeva. Slaba kationska boja prodire kroz staničnu membranu neionskom pasivnom difuzijom i veže se elektrostatskim hidrofobnim vezama na anionske i/ili fosfatne skupine lizosomalnog matriksa. Boja se zatim ekstrahira iz stanica upotrebom zakiseljene otopine etanola i apsorbanca solubilizirane boje se kvantificira pomoću spektrofotometra (Repetto, del Peso i Zurita, 2008). Jednostavan protokol omogućava rutinsku primjenu i visok stupanj reproducibilnosti. Spektrofotometrijsko određivanje stanične vijabilnosti može se provesti i metodom Kenacid Blue gdje boja prolazi kroz staničnu membranu i veže se za ukupne stanične proteine – određuje se ukupna stanična biomasa. Metoda je prvi put opisana 1976. godine (Bradford, 1976) kao alternativni test za određivanje potencijalnih toksikanata. Pouzdan, brz i jednostavan test, koji kao indikator integriteta membrane i stanične smrti mjeri aktivnost otpuštene laktat dehidrogenaze iz stanica u medij za uzgoj, je LDH test (Mahto idr., 2010; Putnam, Bombick i Doolittle, 2002). Izrazito osjetljiv, brz i robusan te često korišten test za određivanje stanične vijabilnosti je ATP test koji se bazira na mjerenju luminiscencije (Riss idr., 2016). Kada se pojavi oštećenje stanične membrane, stanice ne mogu sintetizirati ATP (najvažniji stanični rezervoar energije) te razina endogenog ATP-a drastično pada. Test se bazira na reakciji luciferaze (iz krijesnice) do oksiluciferina uz enzim luciferazu i prisutnost Mg²⁺ iona i ATP-a te mjerenju luminiscentnog signala koji je u direktnoj ovisnosti s količinom ATP-a (Mahto idr., 2010). Pregled laboratorijski najzastupljenijih *in vitro* metoda s krajnjim točkama mjerenja (Mahto idr., 2010; Putnam idr., 2002) prikazan je u Tablici 1.

Tablica 1: Najzastupljeniji *in vitro* testovi citotoksičnosti s krajnjim točkama mjerenja

| Krajnje točke mjerenja (eng. endpoints) | Testovi citotoksičnosti |
|---|--|
| broj stanica i stanična vijabilnost | bojanje metilenskim modrilom, Trypan Blue metoda, rezazurin (Alamar Blue) test, sulforodamin B (SRB) test, bojanje Hoechst bojom, bojanje kristal violetom, Acridine orange bojanje, test otpuštanja alkalne fosfataze, LDH test, kalcein-AM test, bojanje fluorescein diacetatom, Kenacid Blue metoda, Neutral Red metoda |
| permeabilnost membrane | LDH test, MTT test, obilježavanje stanica aneksinom, testovi bazirani na određivanju aktivnosti kaspaza |
| stanične metaboličke funkcije | MTT test, tetrametilrodamin etil ester (TMRE) bazirani testovi, WST-1 test, XTT test |
| ATP | luminiscentne metode |
| intracelularni kalcij | označavanje intracelularnog kalcija s Fluo-3 ili Fluo-4 |
| ukupni stanični proteini | SRB test, Kenacid Blue metoda |
| aktivnost lizosoma | Neutral Red metoda |

Izvor: Mahto idr., 2010; Putnam idr., 2002.

5 Zaključak

Probir biološki aktivnih tvari, odabir doza i načina aplikacije te trajanje tretmana utvrđuju se toksikološkim/farmakološkim ispitivanjima koja obuhvaćaju klasične (*in vivo*) testove akutne, subakutne, subkronične i kronične toksičnosti na pokusnim životinjama, specijalne testove toksičnosti, alternativne – *in vitro* test sustave i klinička istraživanja. Pri tome je u posljednjih nekoliko desetljeća došlo do brzog razvoja i značajnog poboljšanja brojnih *in vitro* modela, otkrivanja novih ciljnih točaka mjerenja (eng. endpoints) te razvoja različitih *in vitro* testova citotoksičnosti. Stanice vrlo brzo reagiraju na toksične tvari mjenjajući pri tome morfologiju, rast i biokemijske procese. Zbog toga *in vitro* testovi toksičnosti, kao alternativa testovima koji koriste pokusne životinje, predstavljaju važan alat u predviđanju učinaka različitih tvari na ljudsko zdravlje. Iako je razvojem *in vitro* testova omogućen uvid u specifične učinke ksenobiotika na razini stanice – istraživanja molekularnih mehanizama toksičnosti, interakcija s receptorima i modulacija intracelularnih signalnih puteva, određivanje tipa staničnog odumiranja (apoptoza, nekroza, autofagija, mitotska katastrofa), još uvijek nailazimo na njihova ograničenja i nedostatke. Zbog toga je za procjenu toksičnosti određene tvari, važno kombinirati nekoliko *in vitro* test sustava koji za ishod imaju različite krajnje točke mjerenja, kako bi takvi testovi bili dobar pretest testovima koji se provode na pokusnim laboratorijskim životinjama.

LITERATURA

1. Aardema, M. J. i MacGregor, J. T. (2002). Toxicology and genetic toxicology in the new era of “toxicogenomics”: impact of “-omics” technologies. *Mutation Research/Fundamental and Molecular Mechanisms of Mutagenesis*, 499 (1), 13–25.
2. Alberts, B., Johnson, A., Lewis, J., Raff, M., Roberts, K. i Walter, P. (2002). *Molecular biology of the cell*, 4. izd. New York: Garland Science.
3. Atanasov, A. G., Waltenberger, B., Pferschy - Wenzig, E. M., Linder, T., Wawrosch, C., Uhrin, P. idr. (2015). Discovery and resupply of pharmacologically active plant-derived natural products: A review. *Biotechnology Advances*, 33, 1582–1614.
4. Balls, M. i Fentem, J. H. (1999). The validation and acceptance of alternatives to animal testing. *Toxicology in Vitro*, 13, 837–846.
5. Bradford, M. M. (1976). A rapid and sensitive method for the quantitation of microgram quantities of protein utilizing the principle of protein-dye binding. *Analytical Biochemistry*, 72, 248–254.
6. Butler, M. (2004). *Animal Cell Culture and Technology*, 2 izd. London/New York: Bios Scientific Publishers.
7. Dumont, J., Eewart, D., Mei, B., Estes, S. i Kshirsagar, R. (2016). Human cell lines for biopharmaceutical manufacturing: history, status, and future perspectives. *Critical Reviews in Biotechnology*, 36 (6), 1110–1122.
8. Eisenbrand, G., Pool - Zobel, B., Baker, V., Balls, M., Blaauboer, B. J., Boobis, A. idr. (2002). Methods of *in vitro* toxicology. *Food and Chemical Toxicology*, 40, 193–236.
9. Ekwall, B. (1995). The basal cytotoxicity concept. U.A. Goldberg. i L. van Zutphen (ur.), *Alternative Methods in Toxicology and the Life Sciences* (str. 721–725). New York: Mary Ann Libent.
10. Emami, J. (2006). *In vitro - in vivo* correlation: from theory to applications. *Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences*, 9 (2), 31–51.
11. Freshney, R. I. (2005). *Culture of Animal Cells – a Manual of Basic Technique*, 5. izd. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

12. Georgiev, M. I., Weber, J. i Maciuk, A. (2009). Bioprocessing of plant cell cultures for mass production of targeted compounds. *Applied Microbiology and Biotechnology*, 83 (5), 809–823.
13. Hartung, T., Balls, M., Bardouille, C., Blanck, O., Coecke, S., Gstraunthaler, G. idr. (2002). Good cell culture practice. *ATLA*, 30, 407–414.
14. Jedrzejczak - Silicka, M. (2017). *History of Cell Culture*. U S. J. T. Gowder (ur.), *New Insights into Cell Culture Technology*. Rijeka: InTech.
15. Kmetič, I., Gaurina Srček, V., Slivac, I., Šimić, B., Kniewald, Z. i Kniewald, J. (2008). Atrazine exposure decreases cell proliferation in Chinese Hamster Ovary (CHO-K1) cell line. *Bulletin of Environmental Contamination and Toxicology*, 81, 205–209.
16. Kniewald, J., Kmetič, I., Gaurina Srček, V. i Kniewald, Z. (2005). Alternative models for toxicity testing of xenobiotics. *Arhiv za Higijenu Rada i Toksikologiju*, 56, 195–204.
17. Kniewald, Z. (1993). *Vitamini i hormoni: proizvodnja i primjena*. Zagreb: Hrvatska sveučilišna naknada.
18. Leist, M., Hartung, T. i Nicotera, P. (2008). The dawning of a new age of toxicology. *ALTEX*, 25 (2), 103–114.
19. Mahto, S. K., Chandra, P. i Rhee, S. W. (2010). In vitro models, endpoints and assessment methods for the measurement of cytotoxicity. *Toxicology and Environmental Health Sciences*, 2 (2), 87–93.
20. Mendes, P. M. (2013). Cellular nanotechnology: making biological interfaces smarter. *Chemical Society Reviews*, 42 (24), 9207–9218.
21. Mosmann, T. (1983). Rapid colorimetric assay for cellular growth and survival: application to proliferation and cytotoxicity assays. *Journal of Immunological Methods*, 65, 55–63.
22. Murati, T., Kmetič, I., Kniewald, J. i Šimić, B. (2013). Endocrine disruptors and animal-free toxicology. U Z. Kniewald (ur.), *Annual 2013 of the Croatian Academy of Engineering* (str. 103–116). Zagreb: Hrvatska akademija tehničkih znanosti.
23. Nema, R. i Khare, S. (2012). An animal cell culture: advance technology for modern research. *Advances in Bioscience and Biotechnology*, 3, 219–226.
24. Ochoa - Villarreal, M., Howat, S., Hong, S., Jang, M. O., Jin, Y. W., Lee, E. K. idr. (2016). Plant cell culture strategies for the production of natural products. *BMB Reports*, 49 (3), 149–158.
25. O'Hare, S. i Atterwill, C.K. (ur.). (1995). *In vitro toxicity testing protocols*. Methods in molecular biology. Totowa, New Jersey: Humana Press.
26. Putnam, K. P., Bombick, D. W. i Doolittle, D. J. (2002). Evaluation of eight in vitro assays for assessing the cytotoxicity of cigarette smoke condensate. *Toxicology in Vitro*, 16, 599–607.
27. Radojčić Redovniković, I., Cvjetko Bubalo, M., Gaurina Srček, V. i Radošević, K. (2016). Primjena kultura stanica za određivanje biološke aktivnosti spojeva iz biljaka. *Croatian Journal of Food Technology, Biotechnology and Nutrition*, 11 (3–4), 169–175.
28. Repetto, G., del Peso, A. i Zurita, J. L. (2008). Neutral red uptake assay for the estimation of cell viability/cytotoxicity. *Nature Protocols*, 3 (7), 1125–1131.
29. Riss, T. L., Moravec, R. A., Niles, A. L., Duellman, S., Benink, H. A., Worzella, T. J. idr. (2016). *Cell Viability Assays*. U G. S. Sittampalam, N. P. Coussens, K. Brimacombe, A. Grossman, M. Arkin, D. Auld idr. (ur.), *Assay Guidance Manual* [Internet], Bethesda (MD): Eli Lilly & Company and the National Center for Advancing Translational Sciences.
30. Roggen, E. L. (2011). In vitro toxicity testing in the twenty-first century. *Frontiers in Pharmacology*, 2. Pristupljeno 6. 10. 2017, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3112250/pdf/fphar-02-00003.pdf>.
31. Thakore, D. i Srivastava, A. K. (2017). Production of biopesticide azadirachtin using plant cell and hairy root cultures. *Engineering in Life Sciences*, 17 (9), 997–1005.
32. Zurlo, J., Rudicille, D. i Goldberg, A. M. (1996). The three R's: The way forward. *Environmental Health Perspectives*, 104 (8), 878–880.
33. Wilcox, N. i Goldberg, A. (2011). Food for thought ... on validation. A puzzle or a mystery: an approach founded on new science. *ALTEX*, 28 (1), 3–8.
34. Wright, W. E. i Shay, J. W. (2002). Historical claims and current interpretations of replicative aging. *Nature Biotechnology*, 20 (7), 682–688.

Skrb za mentalno zdravje zaposlenih v zdravstvu

UDK 614.253+613.86

KLJUČNE BESEDE: mentalno zdravje, zdravstvo, zaposleni, delovno okolje, družba

POVZETEK - Prispevek obravnava pomen mentalnega zdravja kot enega ključnih elementov javnozdravstvenega sistema, ki mu Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization – WHO) in druge mednarodne inštitucije s svojim delovanjem in programi zaščite posameznikovega zdravja namenja jo posebno pozornost. Koncept, ki skrbi za mentalno zdravje zaposlenih, naj bi bil nacionalna strategija in investicija, ki se hitro povrne. V globalni konkurenci postaja zdravje zaposlenih pomemben dejavnik uspešnega podjetja. Zdravstvo ni nobena izjema in predstavlja enega ključnih podsistemov za delovanje družbe. Posameznik oziroma osebnost je trajna in edinstvena celota, v kateri se prepletajo njegove duševne, vedenjske in telesne značilnosti. Pomembno je povezan z okoljem, ki njegove lastnosti oblikuje in določa. Takšno okolje je tudi delovno okolje. V prispevku je predstavljena raziskava, ki temelji na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Uporabljen je bil evalvacijski vprašalnik, ki je poleg splošnih podatkov vseboval trditve Likertovega tipa. Raziskovalna vprašanja se nanašajo na mentalno zdravje zaposlenih v zdravstvu, zunanje dejavnike, ki vplivajo na posameznika v njegovem delovnem okolju, in na odnos posameznika do sebe. Vprašanja so podkrepjena s hipotezami, ki so nazorno predstavljene v prispevku.

UDC 614.253+613.86

KEY WORDS: mental health, healthcare employees, work environment, society's influence

ABSTRACT - The article discusses the importance of mental health as one of the key elements in the public health system, which is given special attention of the World Health Organisation – WHO, as well as other international institutions by implementing activities and programmes for the protection of the individual's mental health. The concept, providing mental health of the employees, should be a national strategy and an investment, providing feedback as soon as possible. In global competition, health of employees is becoming an important factor of the successful enterprise. Health care is no exception, as it represents one of the key sub-systems for the functioning of society. An individual or personality is a lasting and unique entirety, intertwining mental, behavioural, as well as physical characteristics, and importantly connected with the environment, shaping and defining their character, including the work environment. The article presents the research, based on the quantitative approach. An evaluation questionnaire was used, including general data as well as statements of the Likert type. The research questions refer to mental health of employees in health care, exterior factors, influencing the individual in their work environment, as well as the relation of the individual to himself. The research questions will be supported by stated hypotheses, accurately presented in the article.

1 Teoretična izhodišča

Duševno zdrav je tisti posameznik, ki se dobro počuti, uspešno sooča z različnimi izzivi in zahtevami v vsakdanjem življenju, uresničuje svoje potenciale in prispeva k okolju, v katerem živi in dela. Delovno okolje je poleg osebnostnih dejavnikov in socialnega okolja eno izmed pomembnih področij vsakega posameznika, saj se skozi delo razvijamo in uresničujemo svoje potenciale, poleg tega pa na delovnem mestu preživimo velik del svojega življenja. Skrb za zdravje in dobro počutje na delovnem mestu je ena izmed bolj pomembnih nalog države, delodajalca in vsakega posameznika.

Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization – WHO) duševno zdravje definira kot stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela in prispeva v svojo skupnost (WHO, 2014). Duševno zdravje je sestavni del javnega zdravja. Pomembno je ukvarjanje z duševnim zdravjem celotne populacije in ne le z duševnim zdravjem posameznikov. Duševno zdravje ni stvar samo zdravstvenega sektorja, ampak vseh sektorjev in politik (Jeriček Klanšček idr., 2009). Duševno zdravje se namreč oblikuje v vseh nivojih družbe; že v družinah, šolah, na ulicah in delovnih mestih. Zato je treba konvencionalni pristop, ki je zasnovan predvsem na zdravljenju duševnih bolezni, razširiti na celovit, večdimenzionalni pristop, ki ne bo usmerjen samo k duševnim boleznim, temveč tudi k duševnemu zdravju in njegovi promociji. Tak pristop se mora naslanjati na sistem varovanja zdravja in mora biti dosežen v skladu z mednarodnimi izkušnjami in standardi, v sodelovanju z regionalnimi strokovnjaki ter z izmenjavo izkušenj med državami. Področje duševnega zdravja je eden izmed glavnih javnozdravstvenih problemov tudi v Evropski uniji. Breme zaradi duševnih bolezni je velika izguba in obremenitev za gospodarske, socialne, izobraževalne ter kazenske in sodne sisteme. Podobno kot v drugih državah EU področje duševnega zdravja tudi v Sloveniji dobiva svoj pomen, kar se kaže med drugim tudi v tem, da je bil sprejet Zakon o duševnem zdravju (Jeriček Klanšček idr., 2009).

Odgovornost družbe in delodajalcev je, da zagotavljajo takšne pogoje dela, ki bodo pomagali zaposlenim krepiti njihovo duševno zdravje in jim omogočiti izobraževanja o tem, kako varovati in ohranjati duševno zdravje in preprečevati duševne težave in bolezni«, je povedala doc. dr. Helena Jeriček Klanšček (NIJZ, 2017). Približno eden od petih ljudi na delovnem mestu občuti duševne težave (NIJZ, 2017).

2 Metoda

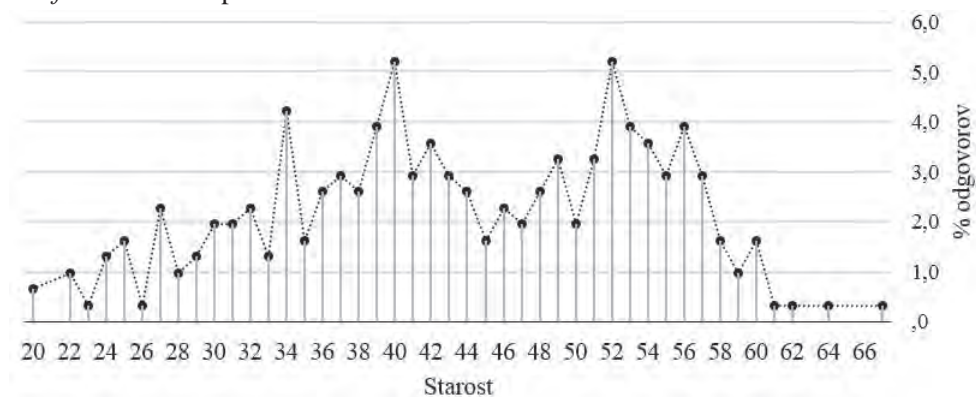
Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz odprtih in zaprtih vprašanj. Vprašalnik smo pripravili s pomočjo spletnega portala <https://www.lka.si/>, in sicer v slovenskem jeziku. Ocenjevanje je potekalo tudi na podlagi 5-stopenjske Likertove lestvice. Ciljna skupina so bili zdravstveni delavci. Za analizo podatkov smo uporabili splošno deskriptivno opisno statistiko in frekvenčni prikaz podatkov. Pri testiranju postavljenih hipotez smo uporabili T-test in Analizo variance (ANOVA), kontingenčne tabele in Pearsonov koeficient korelacije. Analize so bile izvedene v statističnem programu SPSS.

3 Rezultati

V nadaljevanju prikazujemo podatke pridobljene na podlagi izvedene raziskave, ki je potekala od 14.09.2017 do 08.10.2017. Skupno izpolnjenih anket je bilo 740, od tega ustreznih 308, kar predstavlja 41,61 % ustreznih anket, ki jih bomo v nadaljevanju

uporabili pri interpretaciji pridobljenih rezultatov. Od vseh 740 vnesenih anket je bilo 308 ustreznih, 9 anket praznih, 23 delno izpolnjenih, 125 klikov na anketo in 275 klikov na nagovor. V raziskavi so sodelovali respondenti z različno dokončano stopnjo izobrazbe. Največji del respondentov je imel pridobljeno izobrazbo Visoko šolo ali fakulteto (60,7 %), Splošno gimnazijo ali štiriletno strokovno šolo 26,0 % respondentov, magisterij ali doktorat 9,1 % in 2-letno višjo (strokovno) šolo 3,2 % respondentov. Na postavljeno vprašanje ni podalo odgovora 1,0 % respondentov. Povprečna starost respondentov je znašala 43,3 let s pripadajočim standardnim odklonom 10,2 let. Sledeči slikovni prikaz prikazuje starost respondentov. Na postavljeno vprašanje ni podalo odgovora 2,9 % respondentov.

Graf 1: Starost respondentov



Vir: Anketni vprašalnik, 2017.

V raziskavi je sodelovalo 7,1 % moških in 90,6 % respondentov ženskega spola. Na postavljeno vprašanje ni podalo odgovora 2,3 % respondentov. V nadaljevanju prikazujemo pridobljene odgovore na postavljene trditve, ki so bile zajete v raziskavi.

84,1 % respondentov se je strinjalo s trditvijo, da se zavedajo odgovornosti za mentalno zdravje, 3,2 % respondentov je izrazilo nestrinjanje s tem, medtem ko se je z navedeno trditvijo delno strinjalo 12,3 %. Glede postavljene trditve ni podalo odgovora 0,3 % respondentov. S tem, da aktivno delujejo pri preprečevanju in obvladovanju zunanjih dejavnikov tveganja na področju mentalnega zdravja, se je strinjalo 46,1 % respondentov in 16,8 % se jih ni strinjalo, za odgovor, da trditev delno drži, pa se je opredelilo 33,8 % respondentov. Glede postavljene trditve ni podalo mnenja 3,2 % respondentov.

Na postavljeno trditev, ali se respondenti spoštujejo in cenijo, se je 6,5% respondentov opredelilo, da se s postavljeno trditvijo ne strinja, da trditev delno drži 27,9 % in s postavljeno trditvijo se strinja 61,3 % respondentov in na postavljeno trditev ni podalo odgovora 4,2 % respondentov. Glede izražanja čustev, pri katerih smo dali poudarek konstruktivnemu odnosu izražanja čustev, je 7,1 % respondentov odgovorilo, da ne izražajo čustev na konstruktiven način, 54,2 % se je s trditvijo strinjalo in da se pri izražanju čustev postavijo za svoja stališča in imajo spoštljiv odnos do ostalih. 33,1 %

respondentov se je s postavljeno trditvijo delno strinjalo. Na postavljeno trditev ni podalo odgovora 5,5 % respondentov.

Glede na produktivnost okolja in vprašanje, ali jim delovno okolje omogoča visoko stopnjo produktivnosti, je 18,8 % respondentov odgovorilo negativno in 36,6 % pritrdilno. Delno strinjanje s postavljeno trditvijo je izbralo 39,9 % respondentov in na postavljeno trditev ni podalo odgovora 4,9 % respondentov. Na vprašanje, ali jih delovno okolje podpira pri delu, je bil odgovor pritrdilen pri 42,6 % in negativen pri 18,1 % respondentih. Delno strinjanje s trditvijo je izrazilo 34,1 % respondentov. Tudi trditev, ali se respondenti počutijo sprejete in upoštevane na delovnem mestu, je pritrdilo 55,9 % respondentov, delno se jih strinja 25,6 % in nestrinjanje je izrazilo 13,3 % respondentov. Na postavljeni trditvi ni podalo odgovora 5,2 % respondentov.

Sledeča postavljena trditev se je nanašala na to, da delovno okolje omogoča izobraževanje in strokovno rast. 17,9 % respondentov se s postavljeno trditvijo ni strinjalo, 30,2 % je izrazilo delno strinjanje in 45,4 % je odgovorilo, da jim delovno mesto omogoča izobraževanje in strokovno rast. Na postavljeno trditev ni odgovarjalo 6,5 % respondentov. Da respondentom delovno mesto zagotavlja varnost, se je 55,9 % respondentov opredelilo s strinjanjem in 17,5 % respondentov je izrazilo nestrinjanje s postavljeno trditvijo. Delno strinjanje je izrazilo 20,8 % respondentov. Na vprašanje, ali bi upali v delovnem okolju spregovoriti o lastnih težavah, če bi jih zaznali na mentalnem področju, je 24,7 % respondentov odgovorilo negativno, delno strinjanje je izrazilo 31,2 % in 38,3 % pritrdilno. Glede skrbi na organizacijski ravni na področju mentalnega zdravja pri zaposlenih je 44,5 % respondentov odgovorilo, da je ta skrb na nizki ravni, 17,9 % se je strinjalo, da je raven na visokem nivoju za zaposlene na področju mentalnega zdravja in 31,8 % respondentov se delno strinja, da ja skrb na visokem nivoju. Strokovnjakom in njihovi strokovnosti pri nudenju pomoči na področju mentalnega zdravja ne zaupa 18,9 % respondentov, delno zaupa 38,3 % in 37,0 % zaupa v strokovno pomoč pri mentalnih težavah. Na postavljene trditve v tem sklopu ni podalo odgovora 5,8 % respondentov. Trditev, ki se je nanašala na delovne pogoje in ozaveščenost o pomembnosti »zdravih delavcev« v Sloveniji, nam je podala sledeče rezultate: da se stanje izboljšuje se strinja 20,5 % respondentov, delno se strinja 40,3 % in da se stanje v Sloveniji ne izboljšuje meni 34,1 % respondentov. Pri naslednji trditvi nas je zanimalo, ali respondenti menijo, da bi javno zdravstveni sistem moral nameniti več pozornosti mentalnem zdravju in posledično razviti nove programe delovanja. S trditvijo se strinja večji del respondentov, to je 81,5 % in nestrinjanje je izrazilo le 2,6 % respondentov. Delno se strinja s postavljeno trditvijo 10,7 % respondentov. Na postavljeno trditev ni podalo odgovora 5,2 % respondentov. V raziskavi nas je zanimalo tudi, kako bi se respondenti odločili, če bi potrebovali ustrezno pomoč – pri kom bi jo poiskali oz. kdo bi jim jo nudil. Največji del oz. 74,0 % respondentov je izbralo družino, 10,4 % prijatelje, 7,1 % osebnega zdravnika, 4,2 % sodelavce, 2,6 % psihologa in najmanj se jih je odločilo za nadrejene 0,3 %. Na postavljeno vprašanje ni odgovorilo 1,3 % respondentov.

V namen članka smo postavili tri glavna raziskovalna vprašanja, in sicer:

1. Ali na mentalno zdravje vplivajo zunanji dejavniki in odnos posameznika do sebe?

2. Ali obstaja povezanost med mentalnim zdravjem in delovnim okoljem?
3. Ali izobrazba respondenta vpliva na zaupanje glede strokovnosti in strokovnjake na področju nujenja pomoči in na koga se bi obrnili v kolikor bi bila potreba po tem?

V nadaljevanju prikazujemo raziskovalna vprašanja, katera smo podkrepili s postavljenimi hipotezami.

Raziskovalno vprašanje 1: Ali na mentalno zdravje vplivajo zunanji dejavniki in odnos posameznika do sebe? V nadaljevanju bomo raziskovalno vprašanje interpretirali na podlagi treh postavljenih hipotez, ki se nanašajo na trditve v povezavi z raziskovalnim vprašanjem.

Hipoteza 1: Aktivno delovanje na preprečevanju in obvladovanju zunanjih dejavnikov je odvisno od spola in izobrazbe respondenta.

Iz analize variance (ANOVA) razberemo, da je vrednost Sig. večja od 0,05, zato lahko zaključimo, da dejavnik spola ne vpliva na aktivno delovanje na preprečevanju in obvladovanju zunanjih dejavnikov.

Tabela 1: Preverjanje hipoteze 1 z analizo variance

| ANOVA | | | | | |
|----------------|-----------------------|-----------|--------------------|----------|-------------|
| | <i>Sum of Squares</i> | <i>df</i> | <i>Mean Square</i> | <i>F</i> | <i>Sig.</i> |
| Between Groups | 0,903 | 3 | 0,301 | 0,267 | 0,85 |
| Within Groups | 330,902 | 293 | 1,129 | | |
| Total | 331,805 | 296 | | | |

Vir: Anketni vprašalnik, 2017.

Trditev aktivnega delovanja na preprečevanju in obvladovanju zunanjih dejavnikov tveganja na področju mentalnega zdravja, so respondenti ženskega spola v povprečju bolje ocenili kot moški respondenti. Povprečna vrednost pri ženskah znaša 3,47 in pri moških 3,23. Na podlagi izvedenega T testa zasledimo, da je vrednost Sig. višja od 0,05. Zaključimo lahko, da spol respondenta ne vpliva na aktivno delovanje na preprečevanju in obvladovanju zunanjih dejavnikov, kar je razvidno iz spodnje tabele.

Tabela 2: Preverjanje Hipoteze 1 s t-testom

| Independent Samples Test | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|-------------|-----------------------------|-----------|------------------------|------------------------|------------------------------|--------------|---|--|
| | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Mean | | | | | | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | <i>F</i> | <i>Sig.</i> | <i>t</i> | <i>df</i> | <i>Sig. (2-tailed)</i> | <i>Mean Difference</i> | <i>Std. Error Difference</i> | <i>Lower</i> | <i>Upper</i> | |
| Equal variances assumed | 0,766 | 0,382 | -1,036 | 290 | 0,301 | -0,243 | 0,235 | -0,705 | 0,219 | |
| Equal variances not assumed | | | -0,927 | 23,717 | 0,363 | -0,243 | 0,262 | -0,784 | 0,298 | |

Vir: Anketna baza, Anketni vprašalnik, 2017.

Hipotezo na podlagi rezultatov zavrnamo.

Hipoteza 2: Zavedanje odgovornosti za lastno mentalno zdravje je povezano s spoštovanjem lastne osebnosti.

Hipotezo smo testirali na podlagi Pearsonovega koeficienta korelacije. Med preučevanima trditvama zasledimo pozitivno povezavo (0,367) in zato lahko zaključimo, da sta preučevani spremenljivki v medsebojni pozitivni povezavi.

Tabela 3: Preverjanje Hipoteze 2 s Pearsonovim koeficientom korelacije

| Correlations | | | |
|---|---------------------|--|-----------------------|
| | | | Spoštujem se in cenim |
| Zavedam se odgovornosti za lastno mentalno zdravje. | Pearson Correlation | | ,367** |
| | Sig. (2-tailed) | | 0 |
| | N | | 295 |
| **Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed) | | | |

Vir: Anketni vprašalnik, 2017.

Na podlagi rezultatov hipotezo potrdimo.

Hipoteza 3: V primeru, da potrebujem pomoč na področju mentalnega zdravja, pomoč poiščem pri najbližjih in ne v instituciji.

Iz osnovne statistike lahko razberemo, da se je 84,4 % respondentov opredelilo, da bi poiskalo pomoč pri družini ali prijateljih. Na podlagi rezultatov, hipotezo potrdimo.

Raziskovalno vprašanje 2: Ali obstaja povezanost med mentalnim zdravjem in delovnim okoljem?

Raziskovalno vprašanje je sestavljeno iz sledečih hipotez.

Hipoteza 4: Izobrazba respondenta vpliva na njegovo izraženo mnenje, da mu delovno okolje omogoča visoko stopnjo produktivnosti, omogoča izobraževanje in strokovno rast.

Tabela 4: Preverjanje Hipoteze 4 analiza variance

| ANOVA | | | | | | |
|---|----------------|----------------|-----|-------------|------|-------|
| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
| Moje delovno okolje mi omogoča visoko stopnjo produktivnosti. | Between Groups | 5,781 | 3 | 1,927 | 1,74 | 0,159 |
| | Within Groups | 318,969 | 288 | 1,108 | | |
| | Total | 324,75 | 291 | | | |
| Moje delovno okolje mi omogoča izobraževanje in strokovno rast. | Between Groups | 3,672 | 3 | 1,224 | 1,01 | 0,389 |
| | Within Groups | 342,886 | 283 | 1,212 | | |
| | Total | 346,557 | 286 | | | |

Vir: Anketna baza, Anketni vprašalnik, 2017.

Pri analizi variance primerjamo med seboj povprečja skupin. ANOVA z F-testom primerja variance povprečij med skupinami in variance povprečij znotraj vzorcev. Iz tabele razberemo, da je vrednost Sig. pri obeh trditvah večja od 0,05 in zato lahko zaključimo, da dejavnik izobrazba ne vpliva na izbrani preučevani trditvi.

Na podlagi rezultatov, hipotezo zavrnamo.

Hipoteza 5: Respondenti moškega spola v delovnem okolju občutijo boljšo varnost kot respondenti ženskega spola.

V raziskavi je sodelovalo 7,1 % moških in 90,6 % žensk. Na vprašanje o starosti ni podalo odgovora 2,3 % respondentov. Zasedimo, da so v raziskave predvsem sodelovali respondenti ženskega spola. Na podlagi izvedenega T testa zasedimo, da je vrednost Sig. višja od 0,05 in lahko zaključimo, da spol respondenta ne vpliva na občutek po boljši varnosti.

Tabela 5: Preverjanje Hipoteze 5 sa t-testom

| <i>Independent Samples Test</i> | | | | | | | | | |
|--|----------|-------------|-------------------------------------|-----------|------------------------|------------------------|------------------------------|--|--------------|
| <i>Levene's Test for Equality of Variances</i> | | | <i>t-test for Equality of Means</i> | | | | | | |
| | | | | | | | | <i>95% Confidence Interval of the Difference</i> | |
| | <i>F</i> | <i>Sig.</i> | <i>t</i> | <i>df</i> | <i>Sig. (2-tailed)</i> | <i>Mean Difference</i> | <i>Std. Error Difference</i> | <i>Lower</i> | <i>Upper</i> |
| Equal variances assumed | 2,132 | 0,145 | 1,101 | 283 | 0,272 | 0,285 | 0,259 | -0,225 | 0,795 |
| Equal variances not assumed | | | 1,285 | 24,805 | 0,211 | 0,285 | 0,222 | -0,172 | 0,742 |

Vir: Anketna baza, Anketni vprašalnik, 2017.

Na podlagi rezultatov, hipotezo zavrnamo.

Hipoteza 6: Izražanje čustev je povezano s sprejetjem in upoštevanjem na delovnem mestu.

Hipotezo smo prav tako testirali na podlagi Pearsonovega koeficienta korelacije. Med preučevanima trditvami zasledimo pozitivno povezavo (0,370) in zato lahko zaključimo, da sta preučevani spremenljivki v medsebojni pozitivni povezavi.

Tabela 6: Pearsonov koeficient korelacije pri Hipotezi 6

| <i>Correlations</i> | | |
|---|---------------------|--|
| | | Počutim se sprejet/a in upoštevan/a na delovnem mestu. |
| Svoja čustva izražam konstruktivno / asertivno. | Pearson Correlation | ,370** |
| | Sig. (2-tailed) | 0 |
| | N | 289 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Vir: Anketna baza, Anketni vprašalnik, 2017.

Na podlagi rezultatov, hipotezo potrdimo.

Hipoteza 7: Delovni pogoji imajo pomembno vlogo pri ohranjanju mentalnega zdravja zaposlenih glede na spol in izobrazbo.

Pri analizi T testa smo v analizo zajeli trditve, ki se nanašajo na delovno okolje v povezavi s spolom. Analiza nam je pokazala, da ima samo trditev »počutim se sprejetega in upoštevanega na delovnem mestu« Sig. vrednost manjšo od 0,05 in na podlagi tega za to trditev lahko zaključimo, da obstaja povezava med trditvijo in spolom. Povprečna vrednost pri omenjeni trditvi pri moških znaša 4,05 in 3,55 pri ženskah. Pri vseh ostalih trditvah je vrednost analize T testa Sig. višja od 0,05. Tabela 7 prikazuje povprečne vrednosti med spolom in preučevanimi trditvami.

Tabela 7: Povprečne vrednosti ocen trditev glede na spol za preverjanje Hipoteze 7

| <i>Trditev</i> | <i>Spol</i> | <i>Povprečna vrednost</i> |
|--|-------------|---------------------------|
| Moje delovno okolje mi omogoča visoko stopnjo produktivnosti. | Moški | 3,67 |
| | Ženski | 3,22 |
| Moje delovno okolje me podpira pri delu. | Moški | 3,68 |
| | Ženski | 3,32 |
| Moje delovno okolje mi omogoča izobraževanje in strokovno rast. | Moški | 3,73 |
| | Ženski | 3,41 |
| Počutim se sprejet/a in upoštevan/a na delovnem mestu. | Moški | 4,05 |
| | Ženski | 3,55 |
| Delovno okolje mi zagotavlja varnost (počutim se varno, v primeru, če bi zbolel/a). | Moški | 3,86 |
| | Ženski | 3,57 |
| Če bi zaznal/a kakšne težave pri sebi na mentalnem področju, bi o tem »upal/a« spregovoriti v delovnem okolju. | Moški | 3,18 |
| | Ženski | 3,12 |

Vir: Anketna baza, Anketni vprašalnik, 2017.

Analiza variance (ANOVA) nam je podala rezultate, da preučevane trditve v sklopu niso odvisne od izobrazbe. Na podlagi izvedenih testov in rezultatov, hipotezo zavrnamo.

Raziskovalno vprašanje 3: Ali izobrazba respondenta vpliva na zaupanje glede strokovnosti in strokovnjake na področju nujenja pomoči in na koga se bi obrnili v kolikor bi bila potreba po tem? Pri raziskovalnem vprašanju smo obravnavali hipotezi, ki sta predstavljeni v nadaljevanju.

Hipoteza 8: Izobrazba respondenta vpliva na izbiro nujenja pomoči.

Iz tabele razberemo, da je vrednost Sig. preučevanih spremenljivk večja od 0,05 in zato lahko zaključimo, da dejavnik izobrazba ne vpliva na trditev, ki se nanaša na izbiranje pomoči.

Tabela 8: Analiza variance za preverjanje Hipoteze 8

| ANOVA | | | | | |
|----------------|----------------|-----|-------------|------|-------|
| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
| Between Groups | 12,979 | 3 | 4,326 | 2,08 | 0,103 |
| Within Groups | 622,017 | 299 | 2,08 | | |
| Total | 634,997 | 302 | | | |

Vir: Anketna baza, Anketni vprašalnik, 2017.

Na podlagi rezultatov hipotezo zavrnamo. Postavili smo še dve dodatni hipotezi, ki se nanašata na spol in zaupanje v strokovnost in strokovnjake, ter izobrazba v odvisnosti od spola.

Hipoteza 9: Ženske bolj zaupajo v strokovnost in strokovnjake na področju nujenja pomoči pri mentalnih težavah.

Na postavljeno trditev, da spol vpliva na zaupanje v strokovnost in strokovnjake, so respondenti moškega spola boljše ocenili trditev, in sicer s povprečno vrednostjo 3,50 in ženske s povprečno vrednost 3,24. Na podlagi izvedenega T testa zasledimo, da je vrednost Sig. višja od 0,05 in lahko zaključimo, da spol respondenta ne vpliva na zaupanje v strokovnost in strokovnjake na področju nujenja pomoči pri mentalnih težavah, kar je razvidno iz spodnje tabele.

Tabela 9: Analiza t-testa pri Hipotezi 9

| Independent Samples Test | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|-------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|-------|
| | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
| | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | Lower | Upper |
| Equal variances assumed | 0,101 | 0,751 | 1,212 | 283 | 0,227 | 0,26 | 0,215 | -0,163 | 0,684 |
| Equal variances not assumed | | | 1,217 | 24,687 | 0,235 | 0,26 | 0,214 | -0,18 | 0,701 |

Vir: Anketna baza, Anketni vprašalnik, 2017.

Na podlagi rezultatov hipotezo zavrnamo.

Hipoteza 10: Stopnja pridobljene izobrazbe je odvisna od spola respondenta.

Iz Tabele je razvidno, da vrednost Sig. znaša 0,020 in je manjša od 0,05, kar pomeni, da obstajajo statistično značilne razlike med izobrazbo in spolom. Med spolom in doseženo izobrazbo obstaja povezanost.

Tabela 10: Analiza T testa pri Hipotezi 10

| Independent Samples Test | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|-------|
| | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | Lower | Upper |
| Equal variances assumed | 19,722 | ,000 | 2,336 | 297 | 0,02 | 0,498 | 0,213 | 0,079 | 0,918 |
| Equal variances not assumed | | | 2,905 | 26,901 | 0,007 | 0,498 | 0,172 | 0,146 | 0,85 |

Vir: Anketna baza, Anketni vprašalnik, 2017.

Na podlagi rezultatov hipotezo potrdimo.

4 Razprava

V namen članka smo obravnavali v empiričnem delu tri raziskovalna vprašanja, ki so bila podkrepjena s postavljenimi hipotezami. Prvo raziskovalno vprašanje se je nanašalo na dejavnike, ali na mentalno zdravje vplivajo zunanji dejavniki in odnos posameznika do sebe. Prišli smo do zaključka, da aktivno delovanje na preprečevanju in obvladovanju zunanjih dejavnikov ni odvisno od spola in izobrazbe respondenta, da je zavedanje odgovornosti za lastno mentalno zdravje povezano s spoštovanjem lastne osebnosti in v primeru potrebe po pomoči na področju mentalnega zdravja, bi respondenti pomoč poiskali pri najbližjih in ne v instituciji. Drugo raziskovalno vprašanje se je nanašalo na povezanost med mentalnim zdravjem in delovnim okoljem. Ugotovili smo, da izobrazba respondenta ne vpliva na njegovo mnenje, da delovno okolje omogoča visoko stopnjo produktivnosti, da izobrazba ne vpliva na izobraževanje in strokovno rast. Nadalje smo delovno okolje preučevali tudi glede na spol in sicer smo prišli do zaključka, da spol ne vpliva na občutek boljše varnosti v delovnem okolju in da delovni pogoji ne igrajo vloge pri ohranjanju mentalnega zdravja zaposlenih glede na spol in tudi ne na izobrazbo. Koeficient korelacije nam je prikazal, da obstaja povezava med izražanjem čustev, kar je povezano s sprejetjem in upoštevanjem na delovnem mestu. V tretjem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, ali izobrazba respondenta vpliva na zaupanje glede strokovnosti in tudi strokovnjake na področju nudenja pomoči, in na koga bi se respondenti obrnili v potrebi po nudenju ustrezne pomoči. Prišli smo do zaključka, da izobrazba ne vpliva na preučevano tematiko in respondenti bi se v večji meri obrnili po pomoč k bližnjim.

Na preučevanem področju je ostalo še veliko odprtih in neraziskanih vprašanj. Na določena smo bili tekom raziskave opozorjeni s strani respondentov, saj so respondenti

lahko dodali svoje predloge ali mnenja glede na preučevani problem. Raziskavo bi lahko v prihodnje ponovili in tako pridobili primerjalno analizo z izvedeno raziskavo. Odgovori bi nam podali spoznanja, ali prihaja do odstopanj in do katerih, v delovnem okolju, na področju mentalnega zdravja zaposlenih v zdravstvu ter napredku v odnosih med zaposlenimi.

LITERATURA

1. Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M. in Roškar, S. (2009). Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
2. Musek, J. (1993). Osebnost in vrednote. Ljubljana: Educy.
3. World Health Organization. Mental health. (2014). Pridobljeno 5. 10. 2017, s http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.

Z raziskovanjem opozarjati na kakovost življenja bolnikov s psoriaz

UDK 616.517-052

KLJUČNE BESEDE: psoriza, raziskovanje, bolniki s psoriaz

POVZETEK - Svetovna zdravstvena organizacija je leta 2014 sprejela resolucijo, ki je psoriaz ali luskavico prepoznala kot kronično, nenalezljivo, bolečo bolezen, ki močno omeji ali celo iznakazi bolnike in za katero ne obstaja dokončna ozdravitev. Psoriza, za katero je obolelih več kot 125 milijonov ljudi, nima usodnega izida, a predstavlja veliko psihično in fizično breme za bolnika, saj so hujše oblike povezane z večjim tveganjem za razvoj drugih bolezenskih stanj. Ta zahtevna bolezen ima zelo negativen družbeni vpliv. Močno zmanjša kvaliteto življenja, saj mnogo bolnikov trpi zaradi slabega zavedanja o bolezni v širši javnosti. Namen prispevka je raziskati »življenje bolnikov s psoriaz« in predstaviti vidike psiho-socialnih bremen te bolezni. V prispevku predstavimo nekatere ugotovitve največje mednarodne raziskave o bolnikih s psoriaz na svetu iz leta 2016. Hkrati predstavimo rezultate raziskave Europso, Društva psoriatikov Slovenije, projekta Kožne bolezni in alergeni ter druge rezultate raziskovanja iz kliničnega okolja, ki temeljijo na uporabi kvalitativnih in kvantitativnih raziskovalnih metod. Rezultati raziskav, izvedenih v Sloveniji, kažejo, da mlade psoriatike bolezen ovira na poklicnem in na družbenem področju.

UDC 616.517-052

KEY WORDS: psoriasis, research, psoriasis patients

ABSTRACT - In 2014, the World Health Organization adopted a resolution that recognized psoriasis as a chronic, non-infectious, painful disease that severely limits or even exacerbates patients, and for which there is no definitive cure. Psoriasis, which affects more than 125 million people, does not have a fatal outcome, but it presents a great psychological and physical burden for the patient, since the severe forms are associated with a higher risk of developing other conditions of the disease. This challenging disease has a strong negative social impact. It greatly reduces the quality of life, as many patients suffer from the poor awareness of the disease in the general public. The purpose of the paper is to explore "life with psoriasis" and to present the aspects of psychosocial burdens of the disease. In the article we present some findings of the largest international research of patients with psoriasis in the world in 2016. At the same time, we present the results of Europso, the Psoriatic Society of Slovenia, the project Skin Diseases and Allergens, and other clinical research results based on the use of qualitative and quantitative research methods. The results of the research carried out in Slovenia show that young psoriasis patients are hindered by the disease in the professional and social area.

1 Uvod

Psoriza ali luskavica je kronična vnetna kožna bolezen, ki lahko povzroči veliko stisk in lahko vpliva na življenje pacientov na več ravneh. Psoriza je sistemska, vnetna bolezen, ki ni nalezljiva. Bolezen prizadene 2-3 % Evropejcev, med 14 in 22 milijonov ljudi (Spoznajte psoriaz (luskavico), 1. 4. 2016). Po vsem svetu je okoli 125 milijonov obolelih, v Sloveniji pa med 30 in 40 tisoč, navajajo v Društvu psoriatikov Slovenije. Bolezen predstavlja veliko psihično in fizično breme za bolnika, saj so hujše oblike povezane z večjim tveganjem za razvoj drugih bolezenskih stanj, predvsem bolezn srca in ožilja. Bolezen ima močan negativen družbeni vpliv, saj močno zmanjša kakovost življenja posameznika, predvsem mladih. Čeprav psoriza ne more biti nalezljiva ali smrtno nevarna, lahko vpliva na bolnikovo kakovost življenja, kar pogosto

povzroča, da se bolnik počuti stigmatiziran, bolezen pa negativno vpliva na njegovo samozavest in samospoštovanje. Kot oteževalni dejavniki za psoriaz, vključno s stresom, fizično travmo, uživanjem alkohola in kajenjem, vplivajo na bolnika s psoriaz tudi različni okoljski dejavniki.

Svetovna zdravstvena organizacija je za to zahtevno bolezen šele leta 2014 sprejela resolucijo in psoriaz ali luskavico prepoznala kot kronično, nenalezljivo, bolečo bolezen, ki močno omeji ali celo iznakazi bolnike in za katero ne obstaja dokončna ozdravitev. V resoluciji so izpostavili trpljenje bolnikov zaradi slabega zavedanja o bolezni v širši javnosti (World Health Organization, 2014).

Stresni življenjski dogodki predstavljajo pomembno tveganje za pojav bolezni in nadaljevanje, poslabšanje resnosti motnje in trajanje simptomov. Depresija in tesnoba sta dejavnika, ki lahko poslabšata stanje bolezni, spodbujata odpor proti zdravljenju ali povzročita, da bolnik zanemarija zdravljenje. Posledica je tako lahko drago in dolgotrajno zdravljenje, ki je neprijetno za bolnika zaradi njegove zmanjšane aktivnosti zaradi bolezni, hkrati pa ob tem najstanejo stroški zdravljenja, ki dodatno obremenijo bolnikovo življenje. Bolezen prispeva k anksioznosti, depresiji in psihološkemu stresu bolnika. Tako se kot navajajo Kouris idr. (2016) ustvarja »začarani krog«, ki ga je težko nadzorovati. V nadaljevanju prispevka predstavimo dejstvo, da ima psoriaz velik vpliv na življenje bolnika, saj spremembe kože vplivajo na samopodobo pacienta, ki se izrazi kot depresija ali simptomi anksioze, ki spremenijo psihološki status pacienta. Bolniki s to kronično boleznijo ne morejo opravljati vseh dejavnosti, zdravljenje pa lahko zahteva veliko časa in energije, kar vpliva tudi na samo kvaliteto življenja.

2 Psoriza ali luskavica

Psoriza je zahtevna bolezen za življenje bolnika (Hilton, 2016). Močno vpliva na kakovost življenja osebe, še posebej, če je obsežna, če vpliva na vidno ali občutljivo področje ali jo je težko zdraviti (Salonen, 2002).

Obstaja veliko oblik psorize oziroma luskavice in različnih možnosti zdravljenja, ki poteka stopenjsko. Klinična predstavitev se giblje od blage bolezni do bolj resnih oblik, ki vključujejo velika področja, bolezni kože in / ali sklepov (Wozel, 2008). Zdravstveno stanje vsakega posameznega bolnika zahteva skrbno stopenjsko zdravljenje. Ločimo več podtipov psorize: psoriza s plaki, gutatna psoriza, inverzna psoriza, pustolozna psoriza in eritrodermična psoriza, palmo-plantarna oblika in psoriza na nohtih. Najvidnejši znaki psorize se pokažejo na koži, kjer nastajajo izbokla rdeča žarišča (lezije ali zaplate) s srebrno belo plastjo odmrlih celic – lusk. Na spletni strani društva psoritikov Slovenije o oblikah psorize navajajo:

- *Psoriza v plakih* - Se kaže v obliki obsežnih plošč, ki največkrat prizadenejo predele nad velikimi sklepi (nad komolci, koleni, nad križem).
- *Inverzna psoriza* - Lahko se pojavi tudi v kožnih gubah, denimo pod dojkami, pod pazduhama, v popku, okoli spolovila. Takšni obliki pravimo inverzna luskavica.

- *Palmo-plantarna oblika* - Pri nekaterih obolelih so prizadete dlani in podplati ali lasišče.
- *Gutatna oblika* - Akutna kapljična oblika luskavice običajno izbruhne po gnojnem (streptokoknem) vnetju žrela. Luščeča žarišča imajo velikost kapljice in so največkrat posuta po vsem telesu. To obliko največkrat opazamo pri otrocih in mladih odraslih. Eden od dejavnikov tveganja je tudi stres, na drugi strani pa je prav bolezen tista, ki bolniku povzroča dodaten stres in zadrego. Pogosto ne moremo opredeliti sprožilnega dejavnika in tudi potek obolenja ni predvidljiv.
- *Pustulozna oblika* - Drobna gnojna žarišča, predvsem na dlaneh in podplatih.
- *Nohti* - Spremembe nohtov lahko spremljajo kožna žarišča drugod po telesu (pri slabi tretjini obolelih) ali pa samostojne. Nohti so običajno zadebeljeni, motni in s pikčastimi vdolbinicami, na končnih delih pa so privzdignjeni in odstopijo od posteljice. Takšni nohti so tudi krhki.
- *Eritrodermična oblika* - Luskavica v redkih primerih prizadene tako rekoč vse telo. Skoraj tretjina bolnikov ima težave s sklepi (atropska luskavica); od 5 do 10 odstotkov bolnikov ima resnejše sklepne težave (Društvo psoriatikov Slovenije, b. d.).

Najpogostejša oblika je psoriza s plaki, ki predstavlja 85-90 % vseh primerov psorizae.

Bolezen pa ne prizadene le kože, saj se vnetje lahko pokaže tudi drugje. Do 30 % ljudi z luskavico denimo prizadene še psoriatični artritis. V enaki meri lahko zbolijo moški in ženske, najpogosteje pa se bolezen pojavi med 15. in 35. letom starosti (Luskavica – bolezen tisočerih obrazov, 27. 10. 2014).

Zdravljenje psorizae je vedno stopenjsko in odvisno od lokacije, obsega ter vpliva na kakovost življenja. V Sloveniji zdravljenje poteka na podoben način kot v svetu. Pri zdravljenju psorizae se večinoma hkrati uporabi več načinov zdravljenja, z namenom dosege stanja, ki bi bolniku omogočilo bolj kvalitetno življenje. Kot pravi Goman (2017, str. 60) je pomembno, »da so na voljo takšna zdravljenja, ki lahko in odpravijo simptome bolezni«, hkrati pa navaja, da imajo v procesu zdravljenja pomembno vlogo strokovnjaki, ki vplivajo na predstavitev stanja bolezni posameznika navzen, torej v širši javnosti. Po njegovem mnenju se s strokovnim pristopom zmanjšaja negativni učinek okolice, torej taka stanja in okoliščine, ki bi lahko povzročile uničujoč učinek na samospoštovanje bolnika s psorizao.

Psoriza se lahko pojavi kadarkoli, toda veliko ljudi ugotavlja, da se njihovi simptomi poslabšajo zaradi določenih dogodkov, t.i. »sprožilnih dejavnikov«. Poznavanje teh dejavnikov je bolnikom lahko v veliko pomoč pri preprečevanju oziroma nadzoru izbruhov bolezni. Običajni sprožilni dejavniki vključujejo: poškodbe kože, okužbe (npr. streptokokna okužba zgornjih dihal), alkohol, kajenje, stres, nekatera zdravila in druge nepravilnosti v delovanju imunskega sistema (Spoznajte psorizao (luskavico), 1. 4. 2016).

Tabela 1: Ugotovljeni vzroki za luskavico

| | |
|--------------------|--|
| Gumb »vklopi« | Že v mirujočem stanju v telesu kombinacija genov ali specifični sprožilni faktor, poškodba kože, nepravilnosti v delovanju imunskega sistema |
| Okužba | Streptokokne okužbe zgornjih dihal, kot so npr. bronhitis ali druge okužbe zgornjih dihal, npr. gripa ali pljučnica |
| Zdravila | Zdravila Kartain vključno z litijem, propranololom in drugimi zaviralci beta, kininom, tetraciklini in antimalarialnimi zdravili lahko povzročijo psoriaz |
| Stres | Ugotovljeno je, da se lahko imunski sistem odzove na duševne ali čustvene dejavnike |
| Alkohol in kajenje | Obstaja zabeležena povezava med razvijanjem in oteževanjem psoriatičnih sprememb z aktiviranjem vnetja, sušenja in draženja kože. Menimo, da so antioksidanti v rdečem vinu zaščiteni pred tveganji za srčno bolezen, ki se pojavijo pri ljudeh s psoriaz (Serafini idr., 1998; Lopez-Velez idr., 2003). |
| Teža | Debelost je mišljena kot povečanje tveganja za nastanek luskavice |

Vir: Goman, T. (2017). Identifying the different clinical presentations of psoriasis. *Journal of Community Nursing*, 31 (2), 58.

3 Raziskovanje psorizae in življenja bolnikov s psoriaz

V različnih študijah so raziskovalci ocenjevali kvaliteto življenja bolnikov s psoriaz, v nakaterih primerjali z dermatološkimi pacienti z drugimi kožnimi obolenji. V raziskavi leta 2016 raziskovalci (Kouris idr.) ugotovijo, da psoriaz in razjede na nogah močno vplivajo na kakovost življenja bolnika in pomenijo življenjsko breme prizadetih pacientov. Čeprav glede samozavesti med bolniki s psoriaz in bolniki z razjedami na nogah ni bilo statistično pomembnih razlik, je bila pri obeh skupinah bolnikov statistično značilno nižje ocenjena samozavest kot pri kontrolni skupini. Bolniki z luskavico so pokazali statistično značilno višjo stopnjo osamljenosti in socialne osamitve v primerjavi z bolniki z razjedami na nogah in kontrolno skupino. Učinek spola je bil ugotovljen v statistično pomembnem rezultatu samo na lestvici osamljenosti UCLA, pri čemer so ženske dale precej višje ocene kot moški, kar kaže na višjo stopnjo osamljenosti in socialne izolacije. Ugotovitve raziskave potrjujejo psihološko breme bolnikov s psoriaz in razjedami na nogah zaradi njihove dermatološke bolezni, saj so v obeh skupinah bolnikov višje ravni anksioznosti v primerjavi z zdravimi udeleženci. Pogosto se pacienti počutijo ponižujoče, kadar morajo izpostaviti svoje telo, npr. med intimnim odnosom, plavanjem ali med bivanjem v razmerah, ki ne zagotavljajo ustrezne zasebnosti. Mnogi bolniki, zlasti tisti s psoriaz, občutijo potrebo, da skrijejo svojo bolezen, saj sama bolezen povzroči vidne spremembe kože, ki močno vplivajo na njihovo samozavest. Poleg tega v raziskavi opozorijo, da so bolniki s psoriaz predstavljali tudi višjo stopnjo osamljenosti in socialne osamitve kot bolniki z razjedami noge. Iz rezultatov raziskave ugotovijo tudi, da psoriatični bolniki pogosto doživljajo socialne in psihološke težave, ki jih povzročata njihovo okolje, težave s podobo telesa in občutki stigme, sramu in zadrego glede njihovega videza, zato se prostovoljno umaknejo iz družabnega življenja, ker se bojijo reakcije drugih ljudi na njihov problem. Ugotovljena je bila pozitivna korelacija med kakovostjo življenja

psoriatičnih bolnikov in anksioznostjo, osamljenostjo, družbeno izolacijo in samospoštovanjem (Kouris idr., 2016).

Raziskava Clear About Psoriasis, na osnovi katere je predstavljen letak z naslovom »Bolniki z zmerno do hudo psoriaro ne verjamejo, da je očiščenje kože realen cilj zdravljenja«, je potekala od oktobra 2015 do marca 2016. Ta globalni projekt, podprt s 25 skupinami bolnikov z vsega sveta, je v zadnjem obdobju najbolj obsežna raziskava o psoriarzi. Vključeni so bili anketiranci prek bolnišničnih organizacij in spleta iz 31 držav po vsej Evropi, Severni Ameriki, Južni Ameriki, Avstraliji in Aziji. Anketirani so bili starejši od 18 let. Raziskava je bila posredovana več kot 300 000 osebam, od teh je rešilo anketo 8338 bolnikov s psoriaro. Glede vpliva na vsakodnevno življenje kar 84 % anketiranih poroča, da se soočajo z diskriminacijo ali poniževanjem. Iz rezultatov raziskave je razvidno, da psoriarza in reakcije drugih ljudi vplivajo na različne načine na življenje bolnikov s psoriaro. Ti vplivi so: duševno zdravje, vsakodnevno življenje in odnosi z drugimi. V oceni duševnega zdravja je med bolniki s psoriaro kar 38 % teh diagnosticiranih kot psiholoških bolnikov, 25 % anketiranih je anksioznih in 24 % jih ima depresijo. 35 % anketiranih trdi, da drugi ljudje verjamejo, da psoriarza vpliva samo na kožo bolnikov s psoriaro. V vsakodnevnem življenju se jih 88 % počuti nesproščeno ali sramotno pri opravljanju dejavnosti, 40 % anketiranih bolnikov s psoriaro zaznava, da jih v javnosti pretirano gledajo, 45 % anketiranih bolnikov pa je bilo vprašanih, če so nalezljivi. 17 % jih je zavrnjenih pri pridobivanju uporabniških storitev kot so storitve v kozmetiki, frizerskih salonih, trgovinah in javnih prevozihi. Glede odnosov 43% bolnikov meni, da je psoriarza vplivala na njihova osebna razmerja in otežila oblikovanje intimnih odnosov. Med temi se 50 % anketiranih izogiba spolnosti zaradi psoriarze. 40 % anketiranih pa ne podpira misli, da bi kdo videl njihovo kožo. 33 % se jih počuti neprimerne kot zakonec ali partner. 41 % bolnikov je zaradi psoriarze zamudilo vsaj en dan dela v zadnjih 6 mesecih. 54 % bolnikov meni, da je psoriarza vplivala na njihovo poklicno življenje in zmanjšala njihovo produktivnost ter omejevala možnosti za poklicno pot. Od teh jih 18 % skrbi, da bodo izgubili službo, 38 % jih ni popolnoma produktivnih zaradi srbenja in iz 23 % se ljudje na delovnem mestu norčujejo (Warren, Armstrong, Boehncke, Fernández - Peñas in Bewley, 2016).

Po oceni Društva psoriatikov Slovenije v Sloveniji oboleva za psoriaro okoli 35.000 ljudi (Društvo psoriatikov Slovenije, b. d.). V izvedeni raziskavi med mladimi ugotovijo, da ima psoriarza pri 84,5 % mladih bolnikov negativen vpliv na njihovo splošno počutje. Več kot tri četrtine (76,7 %) mlajših psoriatikov je odgovorilo, da psoriarza negativno vpliva na njihov pogled na življenje. Mlade bolezen ovira tako na poklicnem, kot družabnem področju – negativen vpliv luskavice na sklepanje novih prijateljstev navaja dve tretjini (66,6 %) vprašanih, šest od desetih psoriatikov (58,3 %) pa čuti negativen vpliv luskavice na področju spolnega življenja. Iskanje dela je danes pri mladih vse prepogost problem in psoriarza je pri tem še dodatna ovira. Pri skoraj polovici mladih psoriatikov (48,6 %) je imela psoriarza negativen vpliv na njihovo iskanje zaposlitve, le nekoliko manj (45,8 %) pa jih navaja, da ima psoriarza negativen vpliv širše na področju kariere oz. zmožnosti za delo. V Društvu psoriatikov Slovenije se zavedajo, da se psoriatiki v različnih starostnih obdobjih srečujejo z različnimi izzi-

vi. Predsednica društva Dragica Dremelj je zato napovedala: »Sedanjim programom, ki pomagajo članom in drugim psoriatikom pri soočanju z boleznijo, bomo dodali nove projekte, ki bodo namenjene tudi mlajšim od 40 let. Eden prvih tovrstnih je bila raziskava med mladimi člani društva, s katero smo želeli ugotoviti kakšno breme ta bolezen predstavlja za njih« (Luskavica – bolezen tisočerih obrazov, 27. 10. 2014).

Tako so v letu 2017 pristopili v okviru javnega razpisa študentski inovativni projekti za družbeno korist 2016 – 2018 v projekt, imenovan, kožne bolezni in alergeni (KAB). KAB so pod pedagoškim mentorstvom ter pomočjo strokovne sodelavke iz Društva psoriatikov Slovenije izvajali študenti Fakultete za upravljanje poslovanje in informatiko ter drugih fakultet. Projekt KAB je temeljil na preučitvi, spremljanju dnevne ozaveščenosti prebivalstva o preventivi/življenju z vidika alergenov in kožnih boleznih (Vasilič, Rodica in Koler, 2017). Projektne aktivnosti KAB so izvajali in razširjali v posredni in neposredni povezavi s podružnico Društva psoriatikov Slovenije dolensjske. Skupaj s strokovnim sodelavcem iz Društva psoriatikov Slovenije so razširjali izsledke projekta prek digitalnih medijev (Facebook, e-pošta, Snapchat, Instagram) in društva (spletna stran, glasilo Za prostor pod soncem) kot inovativen pristop. S projektom KAB je razvit končni produkt s katerim se osvešča prebivalstvo o kožnih boleznih in služi kot pomoč vsem osebam, ki že trpijo za katerokoli kožno boleznijo in/ali alergeni, kar je na socialnih omrežjih predstavljeno na enoten in laično prijazen način. Pri reševanju predmetnega problema se je izhajalo iz dejstva, da so nekatera obolenja lahko dedna, spet druga izvirajo iz človeka samega oziroma njegove prehrane. V projektu KAB je bil uresničen zastavljen temeljni cilj projekta, to je osveščanje prebivalstva s povezavami raznih ključnih dejavnikov, ki (potencialno) povzročajo kožne bolezni. Rezultat projekta je osveščanje lokalne javnosti prek digitalnih aplikacij (animirani filmi, kjer je razvita zgodba bolnika in aplikacija prikazuje posameznikove zgodbe posameznikov).

4 Metodologija

4.1 Namen, cilji raziskave in raziskovalna metoda

Temeljni namen raziskave z naslovom življenje z luskavico/psoriaz je bil raziskati zadovoljstvo z zdravljenjem bolezni in življenje bolnikov s psoriaz.

Cilji raziskave:

- raziskati splošno zadovoljstvo z zdravljenjem psorize,
- raziskati mnenje bolnikov z luskavico o tem kakšno je vedenje splošne javnosti do bolnikov z psoriaz.

V raziskavi, ki je bila izvedena pod okriljem v okviru Društva psoriatikov slovenije, je bila uporabljena deskriptivna neeksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja.

4.2 Vzorec, instrument in potek zbiranja podatkov

V Društvu psoriatikov Slovenije so v drugi polovici leta 2017 izvedli raziskavo o življenju bolnikov s psoriaz. Zbiranje podatkov je potekalo v obdobju poletje-jesen

leta 2017 z anonimnim spletnim vprašalnikom, namenjenim bolnikom z luskavico oziroma psoriazom.

Osnovno populacijo proučevanja v raziskavi predstavljajo vsi bolniki z luskavico oziroma psoriatiki, ki spremljajo spletno stran Društva psoriatikov Slovenije. V spletni raziskavi so bili k sodelovanju povabljeni vsi psoriatiki, člani in nečlani društva, ki spremljajo spletno stran Društva psoriatikov Slovenije. V analizi podatkov ugotovimo, da je anketo v celoti izpolnilo 187 oseb, 103 žensk (55 %) in 84 moških (45 %). Med anketiranimi osebami je anketo izpolnilo 104 zaposlenih oseb (55,6 %), 51 upokojenih (27,3 %), 15 brezposelnih (8 %), 9 samozaposlenih (4,8 %), 5 študentov (2,7 %) in 3 dijaki (1,6 %). Med anketiranimi je 126 oseb (67,4 %) pred več kot 10 leti prvič opazilo simptome luskavice. 20 anketiranih (10,7 %) je simptome luskavice opazilo prvič pred manj kot petimi leti.

4.3 Opis merskih instrumentov

Uporabljen instrument je bil strukturiran anketni vprašalnik. Z anketnim vprašalnikom so bili zbrani naslednji podatki: splošni podatki o anketiranih, podatki o obliki in obsegu luskavice pri bolnikih, podatki o diagnosticiranju bolezni, stališča o zadovoljstvu anketiranih z zdravljenjem luskavice, stališča o tem kakšno je vedenje splošne javnosti do bolnikov z luskavico ter vplivi okolja.

V anketnem vprašalniku je bilo zastavljenih 27 zaprtih vprašanj. Pri nekaterih vprašanjih so anketirani lahko poleg ponujenih odgovorov izbrali možnost, drugo. Pri vprašanju o tem kako ocenjujejo različne vplive okolja na njihovo vsakdanje življenje, so se opredelili glede trditve po modelu lestvice stališč: ni vpliva, majhen negativen vpliv, zmeren negativen vpliv, velik negativen vpliv. Stopnja lestvice je bila pri vprašanju o delovanju Društva psoriatikov Slovenije razporejena v logičnem kontinuumu od minimalnega do maksimalnega sprejemanja stališč. Zbrane podatke smo glede na pridobljeno soglasje Društva psoriatikov Slovenije za namen raziskave z naslovom »Z raziskovanjem opozarjati na kakovost življenja bolnikov s psoriazom«, kvantitativno obdelali po metodi opisne statistike.

5 Rezultati

Največ anketiranih ima zmerno obliko psoriarze. Med anketiranci je skoraj polovica (41,9 %) obolelih z zmerno obliko luskavice, 29 % anketiranih z blago in 20,4 % s hudo obliko psoriarze. Velika večina anketiranih navaja, da ima luskavico v plakih (81,6 %), ki je tudi sicer najpogostejša oblike psoriarze. 38,4 % anketiranih ima psoriarzo na nohtih, 12,5 % ima kapljično psoriarzo in 11 % inverzno, postulozno in eritrodermično.

V kvantitativni analizi ugotovimo, da so anketirani z obvladovanjem psoriarze in zdravljenjem luskavice v večini zadovoljni ali zelo zadovoljni (tabela 2). Zelo zadovoljnih je z zdravljenjem 20 anketiranih (10,7 %), med temi 11 moških (55 %) in 9

žensk (45 %). Izmed 55 anketiranih (29,41 %) nezadovoljnih z zdravljenjem, so glede na spol nezadovoljne večinoma ženske. Nezadovoljnih je 33 žensk (60 %).

Med anketiranimi, ki so mlajši od 30 let ($n = 30$), je bilo 9 moških (30 %) in 21 žensk (70 %), je bilo 16 anketiranih (53,3 %) na splošno zadovoljnih z zdravljenjem luskavice, 13 (43,3 %) pa jih z zdravljenjem luskavice ni bilo zadovoljnih.

Štirje od desetih anketiranih (38 %) je zadovoljnih z nivojem zdravljenja, ko dosežejo očiščenje kože na vidnih mestih (glava, dlani, prsti, nohti) in/ali genitalijah, tretjina (31 %), ko je koža popolnoma očiščena, 23 % anketiranih pa je zadovoljnih, ko je očiščene kože več kot 50 %.

Tabela 2: Splošno zadovoljstvo z zdravljenjem luskavice

| | | | Splošno zadovoljstvo z zdravljenjem luskavice | | | |
|------|--------|-------|---|------------|-----------------|--------|
| | | | Nezadovoljen | Zadovoljen | Zelo zadovoljen | Skupaj |
| Spol | Moški | f | 22 | 51 | 11 | 84 |
| | | f v % | 40,00 | 45,54 | 55,00 | 44,92 |
| | Ženski | f | 33 | 61 | 9 | 103 |
| | | f v % | 60,00 | 54,46 | 45,00 | 55,08 |
| | Skupaj | f | 55 | 112 | 20 | 187 |
| | | f v % | 29,41 | 59,89 | 10,70 | 100,00 |

Vir: Lastna analiza glede na podatke Društva psoriatikov Slovenije, 2017.

Med različnimi viri informacij o obvladovanju bolezni, ki smo jih ponudili v odgovorih, so anketiranci najpogosteje navajali dermatologa (59 %), spletne strani o zdravju (54 %), Društvo psoriatikov Slovenije (38 %), druge psoriatike (35 %) in najredkeje osebne/splošnega zdravnika (20 %).

Večina anketiranih, 115 (61,5 %) se popolnoma in 43 (23 %) delno strinja s trditvijo, da je psoriza bolezen, ki traja vse življenje, 16 anketiranih (8,6 %) pa se s to trditvijo nikakor ne strinja. Več kot 90 % anketiranih se strinjaja s trditvijo, da je »pri diagnozi psoriza pomembno spremljati tudi dogajanje v sklepih«. Izmed 173 anketiranih (92,5 %), se jih povsem strinja (64,2 %) in delno strinja (28,3), da je psoriza odvisna od stresa. 59 anketiranih (31,6 %) se popolnoma in 85 (45,5 %) delno strinja s trditvijo, da je danes psoriza lahko tudi popolnoma obvladljiva z preverjenimi in učinkovitimi zdravili. 16 anketiranih (8,6 %) se s to trditvijo nikakor ne strinja.

27 anketiranih (14,4 %) se popolnoma in 68 (36,4 %) delno strinja s trditvijo: »Zaradi luskavice sem se počutil izključen iz skupine ali družbe«. 63 anketiranih (33,7 %) se s

to trditvijo nikakor ne strinja, 29 (15,5 %) pa se jih s trditvijo strinja le delno. Iz vidika vedenja splošne javnosti do psoriatikov jih 117 anketiranih, torej več kot polovica (62,57 %) navaja, da splošna javnost meni, da je bolezen psoriaza nalezljiva (tabela 3). Izmed vseh anketiranih se je s to trditvijo strinjalo 62 žensk (33,2 %) in 55 moških (29,4 %).

Anketiranci, ki so mlajši od 30 let so mnenja, da splošna javnost misli, da je bolezen nalezljiva (66,7 %), skoraj polovica (46,7 %) pa navede, da se splošna javnost vede radovedno. 33% anketiranih navede, da se splošna javnost zgraža, 16,7 % mlajših od 30 let pa, da se splošna javnost norčuje.

Tabela 3: Vedenje splošne javnosti do bolnikov z luskavico

| Trditev | | Spol | | | | Skupaj vedenje | |
|--------------------------------------|-----------|-------|-------|--------|-------|----------------|--------|
| | | Moški | | Ženski | | | |
| Vedenje splošne javnosti: | | f | f v % | f | f v % | f | f v % |
| Mislijo, da je bolezen nalezljiva | Ni izbran | 29 | 41,43 | 41 | 58,57 | 70 | 37,43 |
| | Izbran | 55 | 47,01 | 62 | 52,99 | 117 | 62,57 |
| | Skupaj | 84 | 44,92 | 103 | 55,08 | 187 | 100,00 |
| Radovednost | Ni izbran | 44 | 42,31 | 60 | 57,69 | 104 | 55,61 |
| | Izbran | 40 | 48,19 | 43 | 51,81 | 83 | 44,39 |
| | Skupaj | 84 | 44,92 | 103 | 55,08 | 187 | 100,00 |
| Razumevanje in brez posebnih reakcij | Ni izbran | 56 | 44,44 | 70 | 55,56 | 126 | 67,38 |
| | Izbran | 28 | 45,90 | 33 | 54,10 | 61 | 32,62 |
| | Skupaj | 84 | 44,92 | 103 | 55,08 | 187 | 100,00 |
| Zmedeno | Ni izbran | 56 | 41,79 | 78 | 58,21 | 134 | 71,66 |
| | Izbran | 28 | 52,83 | 25 | 47,17 | 53 | 28,34 |
| | Skupaj | 84 | 44,92 | 103 | 55,08 | 187 | 100,00 |
| Sprejmejo brez posebnosti | Ni izbran | 59 | 43,07 | 78 | 56,93 | 137 | 73,26 |
| | Izbran | 25 | 50,00 | 25 | 50,00 | 50 | 26,74 |
| | Skupaj | 84 | 44,92 | 103 | 55,08 | 187 | 100,00 |
| Ignoriranje | Ni izbran | 72 | 45,00 | 88 | 55,00 | 160 | 85,56 |
| | Izbran | 12 | 44,44 | 15 | 55,56 | 27 | 14,44 |
| | Skupaj | 84 | 44,92 | 103 | 55,08 | 187 | 100,00 |
| Zgražanje | Ni izbran | 77 | 48,73 | 81 | 51,27 | 158 | 84,49 |
| | Izbran | 7 | 24,14 | 22 | 75,86 | 29 | 15,51 |
| | Skupaj | 84 | 44,92 | 103 | 55,08 | 187 | 100,00 |
| Norčevanje | Ni izbran | 81 | 46,29 | 94 | 53,71 | 175 | 93,58 |
| | Izbran | 3 | 25,00 | 9 | 75,00 | 12 | 6,42 |
| | Skupaj | 84 | 44,92 | 103 | 55,08 | 187 | 100,00 |

Vir: Lastna analiza glede na podatke Društva psoriatikov Slovenije, 2017.

Iz ostalih rezultatov, ki niso prikazani v tabelah je še razvidno, da ima psoriaza negativen vpliv na njihovo splošno počutje, kar trdi 82 % izmed 187 anketiranih. 71 % od teh jih je odgovorilo, da psoriaza negativno vpliva na njihov pogled na življenje, polovica anketirancev čuti negativen vpliv luskavice pri sklepanju novih prijateljstev

(50 %), šest od desetih psoriatikov (60 %) pa čuti negativen vpliv luskavice na področju spolnega življenja. Več kot polovica (63 %) jih navaja, da je ima psoriza negativen vpliv na njihovo zmožnost ukvarjanja s hobiji, 56 % pa jih navaja negativen vpliv na zmožnost opravljanja fizičnih opravil v vsakodnevem življenju.

6 Razprava in sklep

Psoriza močno vpliva na kakovost življenja bolnika in pomeni življenjsko breme prizadetih pacientov.

Psoriza ima velik vpliv na življenje bolnika, saj spremembe kože vplivajo na samopodobo pacienta, ki se izrazi kot depresija ali simptomi anksioze, ki spremenijo psihološki status pacienta. Ugotovitve potrjujejo, da gre za zelo zahtevno bolezen. Velika večina vprašanih, kar 84,5 % v raziskavi Društva psoriatikov Slovenije, je navedla, da ima psoriza negativen vpliv na njihovo splošno počutje. Resnost bremena bolezni je še posebej veliko za mlade. Psoriza namreč spada med bolezni, ki najbolj poslabšajo kakovost življenja, psoriatiki pa se soočajo tudi s tveganimi pridruženimi stanji in se ob zdravstvenih težavah srečujejo še s predsodki v družbi. V kvantitativni analizi rezultatov raziskave Društva psoriatikov Slovenije ugotovimo, da so anketirani z obvladovanjem psorize/luskavice in zdravljenjem luskavice v večini zadovoljni ali zelo zadovoljni. Glede tega kako občutijo vedenje splošne javnosti do bolnikov z luskavico najbolj izpostavijo: mislijo, da je bolezen nalezljiva; radovednost; razumevanje in brez posebnih reakcij.

Psoriatični bolniki pogosto doživljajo socialne in psihološke težave, ki jih povzročajo njihovo okolje, težave s podobo telesa in občutki stigme, sramu in zadrego glede njihovega videza, zato se prostovoljno umaknejo iz družabnega življenja, ker se bojijo reakcije drugih ljudi na njihov problem. Zato je godnje odkrivanje, pravočasno in ustrezno zdravljenje ter celostna obravnava obolelih, za uspešno obvladovanje bolezni ključno.

V prispevku smo z raziskovanjem psorize in predstavitvijo življenja bolnikov s psorizo ter njihovih bremen soočanja z boleznijo, želeli pojasniti znane rezultate iz izvedenih raziskovanj. Pomembno je osveščati prebivalstvo o kožnih boleznih, o tem kako lahko vpliva bolezen in spremenjeni kakovost življenja bolnika z trajno boleznijo ter pomagati vsem osebam, ki že trpijo za katerokoli kožno boleznijo.

LITERATURA

1. Društvo psoriatikov Slovenije. O psorizi. (b. d.) Pridobljeno 10. 11. 2017, s <http://www.drustvo-psoriatikov.si/o-psorizi/kaj-je-psoriza.html.ePoster.pdf>.
2. Goman, T. (2017). Identifying the different clinical presentations of psoriasis. *Journal of Community Nursing*, 31 (2), 57–60.
3. Hilton, R. (2016). Management of psoriasis affecting high-impact sites. *Dermatological Nursing*, 15 (4), 23–27.

4. Kouris, A., Christodoulou, C., Efstathiou, V., Tsatovidou, R., Torlidi-Kordera, E. in Zouridaki, E. (2016). Comparative study of quality of life and psychosocial characteristics in patients with psoriasis and leg ulcers. *Wound Repair & Regeneration*, 24 (2), 443–446.
5. Luskavica – bolezen tisočerih obrazov. (27. 10. 2014). Aktivni.si. Pridobljeno 10. 11. 2017, s <https://www.aktivni.si/zdravje/luskavica-bolezen-tisocerih-obrazov/>.
6. Salonen, S. H. (2002). The EUROPSO Psoriasis Patient Study: Treatment History and Satisfaction reported by 17,990 members of European Psoriasis Patient Associations. Pridobljeno 10. 10. 2017, s http://www.europso.eu/media/archive2/europso_survey_en.pdf.
7. Spoznajte psorizzo (luskavico). (1. 4. 2016). Pridobljeno 12. 11. 2017, s <https://www.aktivni.si/zdravje/preventiva/spoznajte-psorizzo-luskavico/>.
8. Ščuka, A. (2014). Luskavico ima 30 do 40 tisoč Slovencev. Pridobljeno 10. 10. 2017, s <http://www.zurnal24.si/zdravje/aktualno/luskavico-ima-od-30-do-40-tisoc-slovencev-238495>.
9. Vasilič, K., Rodica, B. in Koler, K. (2017). Projekt študentov v pomoč obolelim z kožnimi boleznimi in alergijami: Glasilo društva psoriatikov Slovenije Za prostor pod soncem, 48, 20–21.
10. Warren, R. B., Armstrong, A., Boehncke, W. H., Fernández - Peñas, P. in Bewley, A. (2016). Patients with moderate-to-severe psoriasis do not believe clearance of their skin is a realistic treatment goal: results from the largest global psoriasis patient survey. Novartis. Pridobljeno 10. 11. 2017, s http://www.europso.eu/.../EADV_ClearAboutPsoriasis_.
11. World Health Organization. (2014). Sixty-seventh Health Assembly, WHA67.9: Psoriasis. Geneva: World Health Organization.
12. Wozel, G. (2008). Psoriasis treatment in difficult locations: scalp, nails, and intertriginous areas. *Clinics in Dermatology*. Elsevier Inc., 26 (5), 448–459.

Vloga medicinske sestre pri hranjenju pacienta po možganski kapi

UDK 616.831-005.1-083

KLJUČNE BESEDE: možganska kap, pacienti, medicinske sestre, hranjenje

POVZETEK - V prispevku ugotavljamo, kakšna je vloga medicinske sestre pri hranjenju pacientov po možganski kapi ter kateri so najpogostejši zapleti pri hranjenju, s katerimi se soočajo pacienti po možganski kapi in njihovi svojci. V raziskavo, v kateri smo kvantitativno obdelali podatke, pridobljene s pomočjo dveh anketnih vprašalnikov, je bilo vključenih 35 pacientov, ki so bili hospitalizirani na nevrološkem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto v juniju in juliju 2016, drugi del vzorca pa je zajel 30 zaposlenih v zdravstveni negi. Tretjina zaposlenih v zdravstveni negi se zelo pogosto srečuje z zapleti pri hranjenju pacienta po možganski kapi, pogosto pa se z zapleti srečuje več kot polovica zaposlenih. Pacienti imajo v 62 % težave z zaletavanjem hrane, v 33 % težave s kašljanjem in v 5 % s požiranjem neprežvečene hrane. Zapleti, ki nastanejo, so lahko zaradi nepravilne priprave pacienta na hranjenje, zapletov ob hranjenju in ob požiranju hrane, siljenje na bruhanje, driske, aspiracije in ostanki hrane v ustih. Medicinska sestra mora dobro oceniti stanje pacienta, da prepreči zaplet, hkrati pa znati ukrepati ob zapletu, ki lahko nastane.

UDC 616.831-005.1-083

KEY WORDS: stroke, patient, nurse, feeding

ABSTRACT - Performing the research, we wanted to determine the role of a nurse in feeding patients after a stroke and the most common feeding complications after the stroke with which patients and their relatives have to deal. In the empirical part, we quantitatively processed the data obtained through two questionnaires. The sample included 35 patients who were hospitalised in the Department of Neurology at Novo Mesto General Hospital in June and July 2016, while the second part of the sample included 30 healthcare workers. A third of healthcare workers are often confronted with complications in feeding the patient after a stroke, but often more than half of the workers face complications. When feeding the patient after a stroke, in 62% patients have food swallowing problems, 33% have cough problems, and 5% swallow untreated food. Complications caused by feeding the patient after the stroke may be due to the incorrect preparation of the patient for feeding, complications during feeding and swallowing food, nausea, diarrhea, aspiration, and food remainders in the mouth. The nurse must be able to accurately assess the patient's condition to avoid complications, but at the same time be able to act upon a complication that may occur.

1 Teoretična izhodišča

Možganska kap ali cerebrovaskularni infarkt je nenaden nastanek nevroloških znakov in simptomov zaradi krvavitve v osrednje živčevje ali ishemije možganov (Švigelj, 2007). Je najpogostejši vzrok invalidnosti na svetu in drugi najpogostejši vzrok za smrt (Pretnar - Oblak, 2014). Kanič (2007) navaja, da bo do leta 2020 podvojena smrtnost za obolevnostjo, predvsem zaradi kadilskih razvad v nerazvitem svetu in povečanja števila staranja populacije. Grad (2007) po letni oceni ugotavlja, da zbolijo za možgansko - žilnimi boleznimi kar 15 milijonov ljudi svetovne populacije, od tega v Evropi 4 milijoni. Tretjina vseh zbolelih ostane odvisna od tuje pomoči, tretjina jih okreva do samostojnosti in tretjina jih umre.

Zaradi posledic možganske kapi so pacienti ogroženi, zato potrebuje medicinska sestra veliko znanja in izkušenj, kar pridobi skozi izobraževanje in z delom. Struwe, Baernholdt, Noerholm in Lind (2013) menijo, da je za kakovostno obravnavo pacienta po možganski kapi pomembno, da medicinska sestra načrtuje zdravstveno nego vsak dan znova, saj se lahko pri pacientih dnevno poslabša ali izboljšuje zdravstveno stanje. Tušar in Medvešček - Smrekar (2007) opredeljujeta nenehno prilagajanje in spreminjanje dejavnosti zdravstvene nege pri pacientu po možganski kapi. Medicinska sestra mora pacienta vseskozi vključevati v proces zdravstvene nege, in sicer pri opredelitvi težav, postavljanju in doseganju ciljev ter vrednotenju doseženih ciljev. Dalje mora upoštevati psihično in fizično sposobnost pacienta ter ga vseskozi motivirati k sodelovanju za kakovostno obravnavo in učinkovito zdravstveno nego. Ponovno učenje postopka hranjenja in pitja je eden glavnih ciljev pri negovalnem problemu hranjenja pacienta po možganski kapi.

1.1 Vloga medicinske sestre pri hranjenju pacienta po možganski kapi

Medicinska sestra mora poznati fiziološki proces požiranja živčno-mišičnega delovanja, kjer se čutni dražljaji sproščajo iz ust, žrela, grla in iz živčnega sistema z zavestnim refleksnim delovanjem za prenos sline, hrane in tekočine (Ogrin, 2012). Pacienti po možganski kapi potrebujejo kombinirano parenteralno in enteralno hranjenje, da se zagotovi zadosten vnos kalorij za preprečitev hipermetabolizma. Medicinska sestra pred vsakim hranjenjem preveri zdravstveno stanje pacienta, kjer ocenjuje stanje zavesti, sodelovanje pacienta pri odpiranju ust, jezik, zobovje, sluznico ustne votline, držo glave in zmožnost požiranja sline z žlico vode. Ob težavah opazi kašelj, spremenjen glas ali nepopolno požiranje sline. Hkrati pa pripravi psihično in fizično pacienta na hranjenje, razloži postopek hranjenja ter namesti pacienta v sedeč položaj, poskrbi za mikroklimo prostora, odstrani vse moteče dejavnike iz okolja, upošteva dieto pacienta, prilagodi konsistenco hrane ali gostoto jedi glede na sposobnost požiranja, žvečenja ali grižljaja, izbere ustrezne pripomočke za hranjenje, hrano postavi pred pacienta, spodbuja k hranjenju, po končanem hranjenju pacienta pusti še nekaj časa v enakem položaju (Vidmar, 2012). Pomembna vloga medicinske sestre pri hranjenju pacienta po možganski kapi je ugotoviti potrebe po pomoči pri hranjenju, ki je lahko popolna ali delna. Spodbuja ga k čim večji samostojnosti, zaščiti ga pred polivanjem, pomaga mu pri rezanju hrane. Pozornost usmerja k dokumentiranju vnosa hrane in tekočine, da se prepreči podhranjenost in dehidracija (Pandel - Mikuš, 2008).

Medicinska sestra z oceno prehranjenosti odkriva zgodnje znake podhranjenosti in tako preprečuje poslabšanje zdravstvenega stanja pacienta. Vzroki za hiter padec telesne teže se lahko navezujejo na zdravstveno stanje pacienta ali na nezadostno količino zaužite hrane. Pri ocenjevanju prehranskega stanja se medicinska sestra poslužuje pacientove anamneze, fizičnega pregleda, antropometričnih meritev in podatkov biokemičnih preiskav (Ivanuša in Železnik, 2008). Pri ocenjevanju prehranjenosti se medicinska sestra drži smernic ocenitve po protokolu, ki se v večini deli in načrtuje v 5 stopnjah s prisotnostjo zdravnika ali kliničnega dietetika (Borovšak, 2005). Pojavnost podhranjenosti pri pacientih po možganski kapi je prisotna v 49 % zaradi disfagije,

zato se s pravočasnimi prehranskimi ukrepi izboljša vrnitev in sposobnost kognitivnih funkcij (Dimnik - Vesel, Goljar, Kic, Puzić in Vidmar, 2012).

Pri pacientih po možganski kapi lahko medicinska sestra v sodelovanju z logopedom ocenjuje motnjo požiranja s testom ocenitev zmožnosti požiranja t. i. MASA test (The Modified Mann Assessment of Swallowing Ability), ki je standardiziran namenjen ugotovitvi in merjenju pridobljene nevrogene disfagije (Ogrin, 2012). Medicinska sestra pri testu ocenitve požiranja opazuje izraz obraza, simetričnost obraznih mišic pri gibanju in v mirovnem stanju, ustreznost zapiranja ust, moč jezika, ocenjuje zobovje in dlesni, opazuje prisotnost refleksa za kašelj in stanje prehranjenosti pacienta. Medicinska sestra poleg ocene požiranja ugotavlja, katera stopnja hranjenja ali požiranja je otežena ali boleča, katera vrsta hrane ali tekočine se dobro izide pri hranjenju pacienta, prisotnost motnje hranjenja ali požiranja. Znaki in simptomi, ki se pojavljajo pri motnjah požiranja, so: pacient za določen obrok potrebuje dalj časa, grizljaje večkrat pogoltne, glavo obrača v smer prizadete strani, ob požiranju izteguje vrat, pacient se izogiba določeni vrsti hrane ali tekočine, kašlja med hranjenjem ali po obroku, sprememba glasu po požiranju, povečan ali gost izpljunek, težo izločanega izpljunka, zatikanje hrane, izsušitev ustne sluznice, piskanje podobno kot pri astmi, strah pred obrokom, solzenje oči med hranjenjem ali pitjem, požiranje hrane v kosih, izguba apetita, okužbe dihal (Tušar in Medvešček - Smrekar, 2007).

Vzrok prehranskih težav po možganski kapi je kombinacija povečanega in zmanjšane vnosa energijskih potreb. Evropsko združenje za klinično prehrano priporoča različne presejalne teste: »Malnutrition Universal Screening Tool« (MUST), »Subjective global assessment« (SGA), »Mini Nutritional Assessment« (MNA) in »Nutritional Risk Screening« (NRS 2002 test). Pri NRS 2002 gre za pripomoček presejanja podhranjenosti, ki se uporablja v večini bolnišnicah. Iz raziskave o prehranskem presejanju, ki je potekala leta 2015 v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor so ugotovili, da so prehransko ogroženi najbolj pacienti po možganski kapi. Povprečna ocena po NRS 2002 je bila v 57,3 % 3 ali več, kar pomeni, da so ti pacienti potrebovali individualno prehransko obravnavo (Horvat - Pinterič, Karničnik in Kodela, 2016).

Pri pacientih, kjer je hranjenje zaradi možganske kapi onemogočeno, se uporabljajo enteralna sonda, nazogastrična sonda ali perkutana endoskopska gastrostoma. Hranjenje po sondi omogoča, da pacient po kapi lažje preživi, priporočljivo pa je, da se le-ta uvede v 24 urah po sprejemu v bolnišnico. Perkutana endoskopska sonda je znana kot bolj varna metoda hranjenja pacienta po možganski kapi, kadar pacient potrebuje dolgoročno prehransko podporo, vendar je dokazano, da ta poseg prinese več tveganja in smrtnosti po sami bolezni (Rowat, 2015). Po možganski kapi so pogoste motnje v požiranju, zato je hranjenje po nazogastrični sondi prijazen način prehranjevanja pacienta. Raziskave kažejo, da je upravljanje sonde zahtevno, zato je za takšen poseg potrebno izobraževanje medicinskih sester, da se zagotovi uspešno in učinkovito izvajanje vstavitve sonde in nadaljnjo hranjenje (Mahoney, Rowat, Macmillan in Dennis, 2015).

1.2 Zapleti hranjenja pri pacientih po možganski kapi

Težave, ki se pojavljajo med hranjenjem in pitjem, so lahko: motorične motnje, ki vplivajo na kontrolo ust, prenos hrane v usta, koordinacijo gibov, hipo/hipertonijo obrazne miškulature na prizadeti strani, motnje požiranja, senzorične motnje in motnje vida (Tomšič, 2011).

Vzroki za nastanek zapletov pri hranjenju po možganski kapi se delijo v naslednje kategorije:

- priprava pacienta: slab namestitveni položaj pacienta, pacient ni sposoben prepoznati hrane, zmanjšana orientacija za hrano, pacient ni sposoben prenosa hrane iz krožnika v usta, nezadostno ali onemogočeno odpiranje ust in neokušanje hrane,
- hranjenje: pacient se slini, sili ga na kašljanje, slaba gibljivost jezika in mišic ustne votline, pacient premalo prežveči hrano, ostanki hrane v ustni votlini in ustnih kotih, nezmožnost grizljaja, hranjenje poteka dalj časa in zastoj hrane v ustih,
- požiranje hrane: odsotnost požiralnega refleksa, kašljanje in siljenje na kašelj, hropeče dihanje, motnje v požiranju, nepravilen položaj glave ali vratu in izogibanje težke prežvečenosti hrane,
- siljenje na bruhanje ali spahovanje hrane in pekoč občutek zgage zaradi hrane v želodcu (Tomšič, 2011).

V večini gre pri hranjenju pacienta po možganski kapi za naslednje zaplete: disfagijo, povečane metabolne potrebe, nezadosten prehranski vnos (motnje zavesti, slaba ustna higiena, depresija, kserostomija, zmanjšana gibljivost, utrujenost, pareza zgornje okončine ali obraznega živca, motnje vida ali govora in kognitivne motnje) (Horvat - Pinterić, Karničnik in Kodela, 2016). Disfagija je zaplet širokega spektra nevroloških obolenj in nastane zaradi zoženja prebavnih poti ali mehaničnih ovir zaradi okvar živcev in mišic odgovornih za požiranje (Zupanc - Isoski in Zupanc, 2010). Ogrin (2012) meni, da gre pri 50 % pacientov po možganski kapi za večplastno motnjo hranjenja. Prizadete sta najbolj oralna in faringealna faza – nevrogena orofaringealna disfagija. Izraziti zapleti, ki se pojavijo pri hranjenju pacienta po nazogastrični sondi ali PEG-u, so zapleti prebavnega trakta (nausea in bruhanje, driske in motena absorpcija ali prebava), mehanični zapleti (aspiracija, nepravilna lega hranile cevke in zapora cevke), presnovni zapleti (hiponatremije/hipernatrijemija, dehidracija/prekomerna hidracija, hiperglikemija/hipoglikemija in hipokalijemija/hiperkalijemija) in refeefing sindrom (Borovšak, 2005). Sedej (2012) opozarja na nevarnost dehidracije pri pacientih z motnjo požiranja, kjer so minimalne potrebe po tekočini pri 50 do 80 kilogramskem zdravem človeku vsaj 1500 ml dnevno. Pri pacientih, ki se hranijo z normalno hrano skozi usta, medicinska sestra ob znakih dehidracije po naročilu zdravnika zagotovi intravensko hidracijo.

2 Metoda

Osnovni namen raziskave je bil ugotoviti vlogo medicinske sestre pri hranjenju pacientov po možganski kapi in raziskati najpogostejše zaplete pri hranjenju, s katerimi

se srečujejo pacienti in njihovi svojci. V teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno metodo dela, v empiričnem delu pa kvantitativno tehniko zbiranja podatkov z izvedbo anketnih vprašalnikov. Za empirični del smo zbrali in analizirali primarne in sekundarne vire.

Kot raziskovalna inštrumenta smo uporabili strukturirana anketna vprašalnika. Prvi je bil namenjen pacientom po možganski kapi in njihovim svojcem ter drugi zaposlenim v zdravstveni negi – medicinskim sestram. Sestavljena sta iz treh delov. Prvi del anketnega vprašalnika za paciente po možganski kapi vsebuje demografske podatke anketiranca, drugi del vsebuje vprašanja o prehranjevanju pacientov po možganski kapi in zapletih pri hranjenju, tretji del pa je namenjen osveščenosti pacientov in njihovih svojcev o načinu prehranjevanja po možganski kapi. Anketni vprašalnik za medicinske sestre vsebuje demografska vprašanja, del o prehranjevanju pacientov po možganski kapi in vlogi medicinske sestre pri tem ter zadnji del o osveščanju pacientov glede prehranjevanja po možganski kapi. Uporabljen je zaprti tip vprašanj z večstransko izbiro, kjer so podani besedni odgovori, odgovori v obliki dihonomne izbire, ki ponujajo možnosti da / ne, anketiranci so svoja stališča do posameznih trditev izrazili tudi s pomočjo Likertove lestvice stališč, pri čemer ocena 1 pomeni, da se z napisano trditvijo nikakor ne strinjajo, ocena 5 pa predstavlja popolno strinjanje.

V raziskavi je vzorec zajel paciente, ki so bili hospitalizirani na nevrološkem oddelku Splošne bolnišnice (SB) Novo mesto v mesecu juniju in juliju 2016 zaradi možganske kapi ali njihove svojce, v kolikor je bila komunikacija s pacientom motena zaradi posledic možganske kapi. Predhodno smo pridobili pisno soglasje institucije in jim posredovali navodila za izpolnjevanje anket. Za paciente in njihove svojce je bilo razdeljenih 35 anket, od katerih je bilo vrnjenih in pravilno izpolnjenih 30 anketnih vprašalnikov, torej 85,8 %. Drugi del vzorca je zajel izvajalce zdravstvene nege, tj. srednje in diplomirane medicinske sestre na nevrološkem oddelku SB Novo mesto. Razdeljenih je bilo 30 anketnih vprašalnikov, od katerih je bilo vrnjenih in pravilno izpolnjenih 28, torej 93,3 %. Anketiranje je potekalo od 15. 6. 2016 do 10. 7. 2016.

Ankete so se zbirale v dveh mapah inštitucije pri glavni medicinski sestri oddelka. V fazi zbiranja podatkov smo upoštevali Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. Anketiranci so bili predhodno seznanjeni, da je sodelovanje v anketi anonimno in da je njihovo sodelovanje prostovoljno. Za pomoč pri anketiranju pacientov po možganski kapi oziroma njihovih svojcev smo poprosili zaposlene v zdravstveni negi in študente zdravstvene nege Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto.

3 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 28 izvajalcev zdravstvene nege, od tega 82 % žensk (23 anketirank) in 18 % moških (5 anketirancev) in 30 pacientov, in sicer 40 % pacientk (12 anketirank) in 60 % pacientov (18 anketirancev). Pri tistih pacientih, ki zaradi zdravstvenega stanja niso zmogli rešiti anketnega vprašalnika, so to postorili njihovi svojci.

Z raziskavo smo ugotovili, da se 29 % izvajalcev zdravstvene nege zelo pogosto srečuje z zapleti pri hranjenju pacienta po možganski kapi in 54 % izvajalcev se pogosto srečuje z zapleti. Izvajalci zdravstvene nege pri hranjenju pacienta po možganski kapi navajajo, da imajo pacienti v 62 % težave z zaletavanjem hrane, v 33 % težave s kašljanjem in v 5 % s požiranjem neprežvečene hrane. Zdravstveni delavci se pri hranjenju ne srečujejo z bruhanjem pacienta ali drugimi težavami. Dalje smo z raziskavo ugotovili, da se z zapleti pri hranjenju srečuje zelo pogosto 13 % pacientov, pogosto 20 % anketiranih in občasno 47 % pacientov. Z zapleti se ne srečuje 20 % anketiranih. Pri pacientih po možganski kapi se kašelj pojavi v 40 % primerov, zaletavanje hrane se pojavlja pri 29 % anketiranih, s težavami s požiranjem hrane se srečuje 22 % in pri 9 % anketiranih se pojavijo težave z bruhanjem.

Trditev, da zahteva zdravstvena nega pri hranjenju pacienta po možganski kapi individualen pristop, se s povprečno oceno 4,7 popolnoma strinja 22 izvajalcev zdravstvene nege (79 %). S trditvami, da ima motivacija pacienta pomembno vlogo pri doseganju zadanih ciljev ob uvajanju sprememb prehrane; da je ponovno učenje hranjenja in pitja temeljni cilj pri spremembi prehrane in, da pravočasna prepoznavnost zapletov pri hranjenju omogoča preprečevanje podhranjenosti pacienta, se s povprečno oceno 4 strinja ob vsaki trditvi 16 izvajalcev zdravstvene nege (58 %). S povprečno oceno 4,1, da je pri oceni prehranjenosti izrednega pomena opazovanje pacienta, kjer gre za strokovno presojo medicinske sestre, se strinja 17 izvajalcev zdravstvene nege (61 %). Za doseg zadostnega dnevnega vnosa kalorij je kombinirana parenteralna in enteralna prehrana, se s povprečno oceno 4,3 strinja 19 izvajalcev zdravstvene nege (68 %). Za enteralno prehrano je priporočljivo intermitentno hranjenje v obliki bolusa, je s povprečno oceno 3,6 neopredeljenih 11 izvajalcev zdravstvene nege (40 %). S povprečno oceno 3,7 je neopredeljenih 12 izvajalcev zdravstvene nege (43 %) pri trditvi, ki pravi, da je siljenje na bruhanje pogost zaplet pri hranjenju po možganski kapi. Trditev, da so motnje požiranja hrane skozi usta problem pri hranjenju pacienta po možganski kapi, se s povprečno oceno 3,9 strinja polovica (14) izvajalcev zdravstvene nege.

4 Razprava

Sprememba v prehranjevalnih navadah po možganski kapi predstavlja velik izziv tako za pacienta, njegove svojce kot medicinsko sestro. Medicinska sestra in strokovnjaki za zdravo prehrano se zavedajo, da igra prehrana pglavitno vlogo pri preprečevanju bolezni in pri promociji zdravja, zato ima medicinska sestra pri postavitvi ciljev za doseganje uravnotežene prehrane pri pacientu po možganski kapi pomembno vlogo (Maville in Huerta, 2013). Raziskava o pogostih problemih pri hranjenju, ki se pojavlja zaradi prizadetosti po možganski kapi, je potekala v Sloveniji leta 1999 v dveh domovih za starejše občane (Dom starejših občanov Ljubljana – Bežigrad in Škofja Loka). Ugotovitve v raziskavi so pokazale resen problem pri hranjenju po možganski kapi, saj so se zapleti pokazali pri 76 % vseh anketiranih varovancev, prisotnost disfagije se je pokazala kar pri 65 % anketirancev (Košir in Bohinc, 2003).

Z raziskavo smo ugotovili, da se zdravstveni delavci pri hranjenju pacienta po možganski kapi srečujejo v 62 % s težavami pri zaletavanju hrane, v 33 % s kašljanjem in v 5 % s požiranjem neprežvečene hrane. Pacienti in njihovi svojci so navedli, da so najpogostejši problemi, ki se pojavijo pri hranjenju poleg prej navedenih, tudi bruhanje, kar lahko potrdimo z navedbami Borovšaka (2005), ki našteva možne zaplete, ki nastanejo zaradi enteralne prehrane, to so siljenje na bruhanje, bruhanje in driska. Pacienti in njihovi svojci navajajo, da se pri hranjenju v 40 % pojavi kašelj, zaletavanje hrane se pojavlja pri 29 % pacientov, s požiranjem hrane se srečujejo v 22 % in pri 9 % se pojavijo težave z bruhanjem. Zdravstveni delavci se z zapleti pri hranjenju zelo pogosto srečujejo v 29 % in pogosto v 54 %, medtem ko se pacientom oziroma njihovim svojcem pojavijo navedeni zapleti zelo pogosto pri 13 % in pogosto pri 20 %. Naše ugotovitve lahko podpremo z navedbami Horvat - Pinterić, Karničnik in Kodela (2016), ki opisujejo, da so najpogostejši zapleti pri hranjenju pacienta po možganski kapi motnje požiranja, povečane metabolne potrebe in nezadosten prehranski vnos. Zupanc - Isoski in Zupanc (2012) opredeljujeta motnje požiranja kot okvara živcev in mišic odgovornih za požiranje.

Medicinska sestra mora znati dobro oceniti stanje pacienta, da prepreči zaplet, hkrati pa znati ukrepati ob zapletu, ki lahko nastane. Ugotovitve v raziskavi, ki smo jo opravili, so pokazale, da je resen problem pri hranjenju pacienta po možganski kapi moteno požiranje, zato menimo, da bi se morale medicinske sestre redno izobraževati in izpolnjevati pri nujenju nujne medicinske pomoči, hkrati pa preučevati ocenjevanje zapletov, da bi do teh prišlo čim manj.

Rezultati raziskave kažejo, da so pacienti v 60 % mnenja, da ne bodo mogli hrane samostojno pripravljati, prenašanje hrane iz krožnika v usta pa bo delala težave pri 37 % pacientov. 57 % pacientov hrano okuša in vonja, kar je dober rezultat, saj navedbe Tomšiča (2011) pravijo, da so zapleti po možganski kapi neprepoznavnost hrane, zmanjšana orientacija za hrano, nezmožnost prenosa hrane iz krožnika v usta, nezadostno ali onemogočeno odpiranje ust in neokušanje hrane. Paciente po možganski kapi hranijo preko nazogastrične sonde v 43 % in preko ust poteka hranjenje v 57 %. Pri pacientih, kjer je hranjenje zaradi možganske kapi onemogočeno, se uporablja enteralna sonda, nazogastrična sonda ali perkutana endoskopska gastrostoma. Hranjenje po sondi omogoča, da pacient po kapi lažje preživi, priporočljivo pa je, da se le-ta uvede v 24 urah po sprejemu v bolnišnico (Rowat, 2015). Menimo, da se pri pacientih, kjer poteka hranjenje preko ust, večkrat pojavijo zapleti, kar navaja tudi strokovna literatura (Sedej, 2012).

LITERATURA

1. Borovšak, Z. (2005). Ugotavljanje prehranjenosti. V D. Mičetič - Turk (ur.), *Klinična prehrana: izbrana poglavja iz klinične prehrane* (str. 147–158). Maribor: Visoka zdravstvena šola.
2. Borovšak, Z. (2005). Zapleti pri enteralnem hranjenju. V D. Mičetič - Turk (ur.), *Klinična prehrana: izbrana poglavja iz klinične prehrane* (str. 147–158). Maribor: Visoka zdravstvena šola.
3. Dimnik - Vesel, Z., Goljar, N., Kic, N., Puzić, N. in Vidmar, V. (2012). Presejanje za prehransko ogroženost ob sprejemu na rehabilitacijo. *Rehabilitacija*, 11 (1), 22–27.

4. Grad, A. (2007). Razvrstitev in pogostnost možganskožilnih bolezni. V E. Tetičkovič (ur.), *Možganska kap – do kdaj* (str. 15–20). Maribor: Kapital.
5. Horvat - Pinterič, G., Karničnik, K. in Kodela, A. (2016). Prehranski status bolnikov po možganski kapi/Nutritional status after stroke. V M. Rakuša, M. Menih in J. Magdič (ur.), *Sodobni pogledi na možgansko kap* (str. 192–203). Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za nevrološke bolezni, Katedra za nevrološke bolezni, Medicinska fakulteta Maribor, Združenje nevrologov Slovenije – SZD.
6. Ivanuša, A. in Železnik, D. (2008). Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
7. Kanič, V. (2007). Možganski dogodki in srčnožilne bolezni. V E. Tetičkovič (ur.), *Možganska kap – do kdaj* (str. 33–42). Maribor: Kapital.
8. Bohinc, M. in Košir, A. (2003). Problemi hranjenja bolnikov po možganski kapi. *Obzornik zdravstvene nege*, 1 (37), 61–66.
9. Mahoney, C., Rowat, A., Macmillan, M. in Dennis, M. (2015). Nasogastric feeding for stroke patients: practice and education. *British Journal of Nursing (BR J NURS)*, 24 (6), 319–325. Pridobljeno 17. 4. 2016, s <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=103783013&site=ehost-live>.
10. Maville, J. A. in Huerta, C. G. (2013). *Health promotion in Nursing*, Third edition. Delmar: Cengage Learning.
11. Ogrin, M. (2012). Vključevanje logopoeda v presojo sposobnosti žvečenja in hranjenja. V R. Petkovšek - Gregorin (ur.), *Motnje požiranja in načini hranjenja: zbornik predavanj*, Laško, 22. marec 2012 (str. 17–22). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti.
12. Pandel - Mikuš, R. (2008). Prehrana pri starostniku z nevrološkimi obolenji. V K. Wirth (ur.), *Tema srečanja: nevrološka obolenja v starosti: zbornik predavanj/Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih*, 24. strokovno srečanje, Terme Ptuj, 7. in 8. oktober (str. 30–35). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih.
13. Rowat, A. (2015). Enteral tube feeding for dysphagic stroke patients. *British Journal of Nursing (BR J NURS)*, 24 (3), 138–145.
14. Pretnar - Oblak, J. (2014). Ishemična možganska kap pri mladih. *Medicinski razgledi*, 53 (3), 335–346.
15. Sedej, I. (2012). Vloga kliničnega dietetika pri prehranski podpori bolnika z motnjami požiranja. V R. Petkovšek - Gregorin (ur.), *Motnje požiranja in načini hranjenja: zbornik predavanj*, Laško, 22. marec 2012 (str. 23–29). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti.
16. Struwe, J. H., Baernholdt, M., Noerholm, V. in Lind, J. (2013). How is nursing care for stroke patients organised? Nurse's views on best practice. *School of Nursing and Department of Public Health Sciences, University of Virginia, School of Nursing UC Diakonissestiftelsen – Journal of Nursing Management (J NURS MANAGE)*, 21(1), 141–151. Pridobljeno 20. 4. 2016, s <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104298959&site=ehost-live>.
17. Švigelj, V. (2007). Fibrinolitično zdravljenje ishemične možganske kapi kje smo v Sloveniji. V E. Tetičkovič (ur.), *Možganska kap – do kdaj* (str. 177–194). Maribor: Kapital.
18. Tomšič, M. (2011). Delovna terapija na nevrološkem področju: zgodnja delovnoterapevtska obravnava oseb s hemiplegijo. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
19. Tušar, H. in Medvešček - Smrekar, M. (2007). Zdravstvena nega bolnika z akutno možgansko kapjo. V V. Švigelj in B. Žvan (ur.), *Akutna možganska kap II: učbenik za zdravstvene delavce* (str. 225–238). Ljubljana: Boehringer Ingelheim Pharma.

20. Vidmar, V. (2012). Vloga medicinske sestre pri hranjenju bolnika po neškodni možganski kapi. V R. Petkovšek - Gregorin (ur.), *Motnje požiranja in načini hranjenja: zbornik predavanj*, Laško, 22. marec 2012 (str. 57–66). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti.
21. Zupanc - Isoski, V. in Zupanc, T. (2010). Disfagija pri akutni možganski kapi, presejalni testi. V B. Žvan in M. Zaletel (ur.), *Akutna možganska kap V* (str. 237). Ljubljana: Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni.

Bolnišnične okužbe, strah, trepet ali obvladljiv problem v zdravstvu?

UDK 616-022.36:614.2

KLJUČNE BESEDE: bolnišnične okužbe, preprečevanje, vloga zdravstvenega osebja

POVZETEK - Pri delu s pacienti predstavljajo bolnišnične okužbe velik problem zdravstva ne samo v Sloveniji ampak tudi povsod drugje v svetu. Če smo še pred leti nazaj borili predvsem proti MRSA, prehajamo v obdobje večkratno odpornih bakterij. Poleg že dobro znanih bolnišničnih okužb, ki jih povzročajo MRSA, VRE in ESBL, se zadnja leta pojavlja nova, za nekatere tudi nepoznana kratica CRE, ki je kratica za enterobakterije odporne proti karbapenemom. V prispevku o bolnišničnih okužbah bomo, poleg standardnih ukrepov za preprečevanje bolnišničnih okužb, opisali tudi druge postopke in posege, ki so v študijah opisani kot pomembni za njihovo preprečevanje. Predstavljene bodo vse vrste izolacij od standardne do kontaktne, ki je najpomembnejša vrsta izolacije, ker se večina bolnišničnih okužb prenaša s kontaktom. Izolacija bo predstavljena tudi iz vidika pacienta in svojcev, saj za njih predstavlja stres in neznano situacijo. Naloga zdravstvenih delavcev je preprečiti prenos okužbe, saj je to tudi pokazatelj kakovosti našega dela. Vsaka večkratno odporna bakterija je specifična, zato so tudi ukrepi različni. Medicinske sestre smo lahko potencialni prenašalec okužb, zato moramo izvajati vse ukrepe za preprečevanja prenosa povzročiteljev okužb. Zelo pomembno je celostno in kontinuirano izobraževanje.

UDK 616-022.36:614.2

KEY WORDS: nosocomial infections, prevention, the role of healthcare professionals

ABSTRACT - Nosocomial infections present a major healthcare problem in Slovenia and worldwide. If years ago we fought primarily against MRSA, now we have entered a period of dealing with multiresistant bacteria. In addition to the already well-known nosocomial infections caused by MRSA, VRE and ESBL, a new, mostly unknown CRE abbreviation has emerged in the recent years, which stands for carbapenem-resistant Enterobacteriaceae. Besides standard measures, our paper will describe other procedures and interventions described in the studies as important for the prevention of nosocomial infections. We will present all types of isolations, from standard to the most important contact isolation, since nosocomial infections are mostly transmitted by contact. The isolation will also be presented from the perspective of the patient and their relatives, as it represents a stressful and unknown situation to them. The task of health professionals is to prevent the infection transmission, which also represents an indicator of the quality of our work. Each multiresistant bacterium is specific, therefore the measures differ as well. Nurses may be potential carriers of the infection, so it is important that we perform all necessary measures to prevent the transfer of infectious agents. Integrated and continuous education of healthcare professionals is of major importance.

1 Uvod

Z odkritjem penicilina leta 1943 in z začetkom masivne produkcije antibiotikov, so se kmalu pojavile tudi bakterije, ki so razvile odpornost na le-te; prva takšna je *Staphylococcus aureus*. (European strategic action, 2011). Odpornost bakterij na antibiotike je postal svetovni problem predvsem v zadnjih 30-ih letih. Mikroorganizmi razvijejo odpornost za antibiotike zaradi selekcijskega pritiska antibiotikov, s prenosom plazmidov ali kromosomske DNK ali zaradi genske mutacije. Pri pacientih zdravljenimi z antibiotiki lahko pride do selekcije odpornih sevov, ti pa se lahko prenašajo med pacienti s stikom, preko rok osebja in preko kontaminirane okolice pacienta. Zavedati

se moramo, da takšne okužbe posledično lahko podaljšajo hospitalizacijo, potrebo po invazivnejši diagnostiki in zdravljenju, umrljivost pa je do 2-krat večja kot pri občutljivih sevih bakterije (Muller - Premru idr., 2009).

1.1 MRSA - proti meticilinu odporni Staphylococcus aureus

Stafilokok je po gramu pozitivna bakterija, ki je normalno prisotna na koži in sluznicah zdravega človeka. Približno 30-40 % zdravih ljudi začasno ali stalno nosi stafilokok kot del normalne bakterijske flore (Rezar in Trampuž, 2002).

Meticilin spada v skupino antibiotikov, ki se jih uspešno uporablja za zdravljenje stafilokoknih okužb. Nekateri stafilokoki so proti tej skupini antibiotikov razvili odpornost ali rezistenco, zato zdravljenje z njimi ni več uspešno. *Staphylococcus aureus*, ki je razvil odpornost na meticilin imenujemo Meticilin Rezistenten *Staphylococcus Aureus* (MRSA).

MRSA uvrščamo med najpomembnejše povzročitelje okužb v zdravstvu in tudi v domačem okolju. Glede na izvor ločimo bolnišnične izolate (angl. hospital-associated, HA MRSA) in izolate MRSA v domačem okolju (angl. community-associated, CA MRSA). Slednji niso povezani z zdravstvom, vendar pa se lahko iz domačega okolja razširijo v bolnišnico (Pirš, Švent Kučina, Petrovič, Lorenčič Robnik in Štrumbelj, 2016).

Pacient, ki je koloniziran z MRSA predstavlja vir širjenja okužbe. Ker bakterija večinoma naseljuje nosno žrelno sluznico in kožo je prenos bakterije zelo hiter (Rezar in Trampuž, 2002). Prenaša se neposredno s stikom okuženega pacienta, posredno preko pacientove okolice ali pripomočkov, najpogostejši prenos pa je preko rok zdravstvenega osebja. Eden od načinov obvladovanja je dekolonizacija, vendar pa žal ni vedno učinkovita in ima omejitve. Med najpomembnejše ukrepe za preprečevanje širjenja zato uvrščamo dosledno higiena rok zdravstvenega osebja (Vuga, Velušček in Grmek Košnik, 2013). Odstotek koloniziranih z MRSA v Sloveniji upada glede na podatke mreže EARS-NET, ki jih je objavil Nacionalni inštitut za javno zdravje (2016). Samo upadanje števila koloniziranih pa je verjetno posledica ukrepov sprejetih na nacionalnem nivoju. Ta vključuje razkuževanje rok, odkrivanje nosilcev MRSA in izolacijo le teh (Tomič idr., 2003).

1.2 VRE - proti vankomicinu odporni enterokok

Enterokoki so po gramu pozitivni koki, del črevesne flore, lahko pa naseljujejo tudi kožo in sluznico. Poznamo več vrst enterokokov, najpomembnejša sta *Enterococcus faecalis* in *Enterococcus faecium* (Protiv vankomicinu odporni enterokoki, 2007).

Pri odpornosti na vankomicin govorimo o Vancomicin Rezistentnem Enterokoku (VRE) (Štorman, 1999). Proti vankomicinu odporni enterokoki predstavljajo velik problem za zdravljenje in preprečevanje okužb. Sami enterokoki so naseljeni v človeškem črevesju, kar predstavlja težavo pri odpravljanju le- teh. Okolje pacienta je najbolj kontaminirano, kadar je ta koloniziran ali okužen z VRE in ima drisko. VRE dolgo preživi na rokah in površinah (Šumak, 2006).

Izbruhi VRE predstavljajo velik problem zdravljenja, epidemiološki problem in ekonomsko breme. Razlog izbruha so predvsem premajhno zavedanje resnosti problema, pozno ugotavljanje nosilcev in varčevanje. Odpornost proti vankomicinu pri entero-

koknih okužbah povezujemo tudi z večjo smrtnostjo. Da bi lahko uspešno obvladovali te okužbe je potrebno poznavanje epidemiologije na lokalni in nacionalni ravni ter tudi ob tem ustrezno ukrepati (Ribič, Dermota, Kofol in Pirš, 2016). Glede na to, da pa je samo prenašanje okužbe isto kot pri okužbah z MRSA, je predvsem naloga zdravstvenega osebja upoštevati načela higijene rok, izvajati izolacijo, redno čiščenje in razkuževanje pacientove okolice.

1.3 ESBL - bakterije z laktamazami beta razširjenega spektra delovanja

Nekatere enterobakterije izločajo encime betalaktamaze razširjenega spektra (ESBL), ki inaktivirajo betalaktamske antibiotike. ESBL izločajo po Gramu negativne bakterije, največkrat jih najdemo v črevesju, glavna predstavnika sta *Escherichia coli* in *Klebsiella pneumoniae*. Razvito imajo odpornost proti penicilinom in cefalosporinom, pogosto pa so odporne tudi proti aminoglikozidom in kinolonom. Antibiotiki s katerimi zdravimo paciente so karbapenemi (Priporočila za preprečevanje širjenja ESBL, 2010).

Dejavniki, ki vplivajo na nastanek ESBL so, poleg dolgotrajnejše uporabe antibiotikov, še dolgotrajnejše zdravljenje v bolnišnici (še posebej v enotah intenzivne terapije), prisotnost vstavljenih katetrov, umetno predihavanje, nedosledno razkuževanje rok, prenatrpanost pacientov v sobah in pomanjkanje zdravstvenega osebja (Priporočila za preprečevanje širjenja ESBL, 2010). Prisotnost kolonizacije z bakterijami ESBL ugotavljamo z brisom rektuma. V UKC Ljubljana izoliramo samo paciente z bakterijo *Klebsiella pneumoniae*. Možnost prenosa je manjša kot pri MRSA, saj naseljuje črevesje, vendar pa upoštevanje standardnih ukrepov ostaja isto. Zadnja leta narašča pogostost enterobakterij, ki izločajo ESBL (Štumbelj, Pirš in Lejko - Zupanc, 2015).

1.4 CRE - enterobakterije odporne proti karbapenemom

Povečanje se tudi pojavnost različnih po Gramu negativnih bakterij, ki so odporne proti karbapenemom. Odpornost teh bakterij je dandanes postala eden največjih problemov antibiotičnega zdravljenja (Štumbelj, Pirš in Lejko - Zupanc, 2015).

Karbapenemaze so betalaktamaze s širokim spektrom delovanja, ki poleg karbapenemov razgrajujejo še večino betalaktamskih antibiotikov in so dejansko odporne proti klinično uporabnim inhibitorjem betalaktamaz (Doi idr., 2015). Bakterije, ki lahko razvijejo odpornost proti karbapenemom, najdemo v črevesju. Med glavne predstavnike uvrščamo bakterije iz družine *Enterobacteriaceae* ter bakteriji *Pseudomonas aeruginosa* in *Acinetobacter baumannii* (Štumbelj, Pirš in Lejko - Zupanc, 2016). V svetu se za bakterije odporne proti karbapenemom uporablja kratica CR (carbapenem resistant) ali CP (carpanem producing), kadar bakterije izločajo karbapenemaze (Tangden in Giske, 2015). V Sloveniji pa se je uveljavila kratica CRE, ki označuje enterobakterije, ki izločajo karpapenemaze (Ukrepi za preprečevanje prenosa bakterij, ki izločajo karbapenemaze, 2015). Poudariti pa je potrebno tudi, da so geni za karbapenemaze pogosto na mobilnih genetskih elementih kar pomeni, da se lahko prenesejo na druge bakterije in se kombinirajo z drugimi oblikami odpornosti v zelo odporen izolat. Ne-

kateri izolati so občutljivi le še na kolistin, je star in toksični antibiotik (Štumbelj, Pirš in Lejko - Zupanc, 2016).

Dejavniki tveganja za pojav teh bakterij še niso povsem pojasnjeni, so pa podobni kot pri ESBL. Te bakterije lahko paciente kolonizirajo ali pa povzročijo okužbe. Kolonizirana oseba je lahko vir okužbe za druge ali pa zboli sama (Ukrepi za preprečevanje prenosa bakterij, ki izločajo karbapenemaze, 2015). Da bi preprečili širjenje CRE je potrebna hitra prepoznava nosilcev in strogo upoštevanje zaščitnih ukrepov. Vsi pacienti so kontaktno izolirani (Tangden in Giske, 2015).

2 Preprečevanje širjenja večkratno odpornih mikroorganizmov

V Zakonu o nalezljivih boleznih in Pravilniku o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb so opredeljene okužbe povezane z zdravstvom (OPZ) v Sloveniji. Od leta 2006 pa so tudi eden od obveznih kazalnikov kakovosti za slovenske bolnišnice. V Sloveniji je prav tako oblikovana skupina, ki je zadolžena za epidemiološko spremljanje le-teh. Cilj je spremljanje trendov incidenčnih stopenj, prepoznavanje in spremljanje dejavnikov tveganja, spremljanje pojavljanja mikroorganizmov, ki povzročajo OPZ in njihove občutljivosti na antibiotike ter zagotavljanje zgodnjega opozorila ob nepričakovanih spremembah (Kotnik Kevorkljan, 2013).

Pri vseh pacientih, ki so v bolnišnični obravnavi je potrebno upoštevati standardne ukrepe, ne glede na postavljeno diagnozo. Ta vključuje higieno rok, uporabo osebne varovalne opreme, čiščenje/razkuževanje pripomočkov in inštrumentov, čiščenje/razkuževanje površin in opreme, varno rokovanje z ostrimi predmeti, rokovanje, prevoz in pranje perila ter odstranjevanje odpadkov (Ukrepi za preprečevanje prenosa bakterij, ki izločajo karbapenemaze, 2015). Strokovna literatura priporoča umivanje pacientov s klorheksidinskim milom, ki zmanjša koncentracijo bakterij, s tem pa posledično zmanjšamo možnost prenosa okužbe na druge paciente (Quresi idr., 2014).

V UKC Ljubljana, na Kliniki za infekcijske bolezni in vročinska stanja na Oddelku za intenzivno nego vsem pacientom ob sprejemu poberemo nadzorne brise, ne glede na to ali so že kolonizirani ali ne. Brise nato 1x tedensko ponovimo. Ob pojavu večkratno odpornih bakterij paciente izoliramo. Osnovni namen izolacije je preprečevanje prenosa na druge paciente in se dopolnjuje s standardnimi ukrepi. Paciente izoliramo v enoposteljno sobo ali kohortno v primeru, da je več pacientov z isto bolnišnično okužbo. Poudarek pri kolonizaciji z večkratno odpornimi mikroorganizmi je pri uporabi rokavic, osebne varovalne opreme in higieni rok (upoštevanje 5 trenutkov za higieno rok), prav tako pa je pomembno tudi redno razkuževanje pacientove okolice.

3 Zaključek

Lahko rečemo, da bolnišnične okužbe še vedno predstavljajo strah in trepet pri vsakdanjem delu s pacienti. Če smo že mislili, da smo se jih naučili obvladovati nam pojav CRE dokazuje prav nasprotno. Ustrezno poznavanje osnov večkratno odpornih mikroorganizmov in način, kako preprečujemo njihov prenos lahko zmanjša število le-teh. Medicinske sestre se moramo zavedati, da smo velik člen pri preprečevanju širjenja, saj pri pacientih preživimo največ časa. Če z upoštevanjem načela »5 trenutkov za higieno rok« lahko zmanjšamo prenos okužbe. Resnično je pomembno dosledno upoštevati navodila ob pojavu rezistentnih bakterij, saj tukaj majhne napake lahko za paciente pomenijo veliko.

LITERATURA

1. Doi, Y. in Paterson, D. L. (2015). Carbapenemase-producing enterobacteriaceae. *Semin Respir Crit Care Med*, 36, 74–84.
2. European strategic action plan on antibiotic resistance. (2011). Baku, Azerbaijan: Regional Committee for Europe. Pridobljeno 12. 10. 2017, s http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/147734/wd14E_AntibioticResistance_111380.pdf.
3. Kolman, J., Müller - Premru, M. in Korošec, A. (2016). Podatki mreže EARS-NET Slovenija za leto 2015 in trend 2011 do 2015. NIJZ Pridobljeno 16. 10. 2017, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/ears-net_grafi_2015data_nijzsplet.pdf.
4. Kotnik Kevorkijan, B. (2013). Epidemiološko spremljanje bolnišničnih okužb v Sloveniji in rezultati raziskav. V I. Grmek Košnik, S. Hvalič Touzery in B. Skela Savič (ur.), *Okužbe, povezane z zdravstvom: zbornik prispevkov z recenzijo* (str. 125–132). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
5. Muller - Premru, M., Ribič, H. in Lorenčič - Robnik, S. idr. (2009). Odpornosti bakterij *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus spp.*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* in *Acinetobacter baumani*, osamljenih pri bolnikih v slovenskih bolnišnicah v letu 2007. V B. Beović, F. Strle, M. Čizman in J. Tomažič (ur.), *Infektološki simpozij 2009*. Ljubljana: Sekcija za kemoterapijo SZD, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja (str. 59–66). UKC LJ: Katedra za infektologijo in epidemiologijo MF Univerze.
6. Pirš, M., Švent Kučina, N., Petrovič, Ž., Lorenčič Robnik, S. in Štumbelj, I. (2016). Vzorci občutljivosti za antibiotike in odpornosti proti njim pri MRSA v dveh slovenskih regijah v obdobju 2011-2015. V M. Pirš (ur.), *6. Likarjev simpozij: Bolnišnične okužbe, problematika odpornih bakterij* (str. 4–6). Ljubljana: Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe Slovenskega zdravniškega društva.
7. Priporočila za preprečevanje širjenja ESBL pozitivnih bakterij in karbapenemaza pozitivnih bakterij. (2010). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje - Nacionalna komisija za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb. Pridobljeno 16. 10. 2017, s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/zdravstveno_varstvo_v_posebni/NAKOBO_oktober_2010/PRIPOROCILA_ESBL_26.10.10.pdf.
8. Proti vancomycinu odporni enterokoki. Obvladovanje bolnišničnih okužb v UKC Ljubljana. Služba za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb (2007). Pridobljeno 16. 10. 2017, s <http://www.intranet.kclj.si/index.php?m=15&s=10&t=227&id=2822&d=0>.
9. Qureshi, Z. A., Syed, A., Clarke, L. G., Doi, Y., Shields, R. K. (2014). Epidemiology and clinical outcomes of patients with carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* bacteriuria. *Antimicrob agents chemother*, 5, 310–314.
10. Rezar, L. in Trampuž, A. (2002). Proti meticilinu odporen *Staphylococcus aureus* kot nevarna

- bolnišnična klica. Zdravstveni vestnik, 71, 543–547.
11. Ribič, H. (2011). Uvod. Gorenjski bilten javnega zdravja, 5 (30), 3.
 12. Ribič, H., Dermota, U., Kofol, R. in Pirš, M. (2016). Ponovni porast pojavljanja proti vankomicinu odpornih enterokokov v Sloveniji in Evropi. V M. Pirš (ur.), 6. Likarjev simpozij: Bolnišnične okužbe, problematika odpornih bakterij (str. 10–12). Ljubljana: Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe Slovenskega zdravniškega društva.
 13. Štorman, A. (1999). Kakšne so možnosti za razvoj proti vancomycin odpornim enterokokom. V Bolnišnične okužbe, zbornik predavanj. Maribor, 21. in 22. maj 1999 (str. 183–196). SB Maribor: Sekcija za klinično mikrobiologijo in hospitalno higieno, Združenje za infektologijo pri SZD.
 14. Štumbelj, I., Pirš, M. in Lejko - Zupanc, T. (2015). Enterobakterije, *Acinetobacter baumannii* in *Pseudomonas aeruginosa* - označevanje večkratno odpornih izolatov in okrajšave preiskav nadzornih kužnin. Ljubljana: Slovenska komisija za ugotavljanje občutljivosti za protimikrobna zdravila (SKUOPZ). Pridobljeno 16. 10. 2017, s <http://www.imi.si/strokovna-zdruzenja/skuopz/dokumenti/Izd001OznakeokrajaveinpreiskavenaodporneGNB.pdf>.
 15. Štumbelj, I., Pirš, M. in Lejko - Zupanc, T. (2016). Osnove razvrstitve in označevanja proti karbapenemom odpornih po gramu negativnih bakterij. V M. Pirš (ur.), 6. Likarjev simpozij: Bolnišnične okužbe, problematika odpornih bakterij (str. 21–22). Ljubljana: Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe Slovenskega zdravniškega društva.
 16. Šumak, I. (2006). Zdravstvena nega infekcijskega bolnika. Maribor: Založba Pivec.
 17. Tangden, T. in Giske, C. (2015). Global dissemination of extensively drug-resistant carbapenemase-producing enterobacteria-ceae: clinical perspectives on detection, treatment and infection control. *Journal of internal medicine*, 277, 501–512.
 18. Ukrepi za preprečevanje prenosa bakterij, ki izločajo karbapenemaze. Obvladovanje bolnišničnih okužb v UKC Ljubljana. (2015). Služba za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb v UKC Ljubljana. Pridobljeno 16. 10. 2017, s <http://www.intranet.kclj.si/index.php?m=15&s=10&t=227&id=2759&d=0>.
 19. Vuga, N., Velušček, M. in Grmek Košnik, I. (2013). Obvladovanje proti meticilinu odporne bakterije *Staphylococcus aureus* (MRSA) v psihiatričnih bolnišnicah. V I. Grmek Košnik, S. Hvalič Touzery in B. Skela Savič (ur.), Okužbe, povezane z zdravstvom: zbornik prispevkov z recenzijo (str. 125–132). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Utjecaj religije i duhovnosti na fizičko i mentalno zdravlje bolesnika

UDK 616-052:2

KLJUČNE RIJEČI: religija, duhovnost, zdravlje, bolest

POVZETEK - Sve su češće rasprave o ulozi duhovnosti i religije u medicini te općem utjecaju istih na zdravlje. Brojna istraživanja ukazala su na pozitivno djelovanje religije i duhovnosti kako na mentalno, tako i na fizičko zdravlje. Cilj istraživanja je utvrditi postoji li povezanost između religije i duhovnosti s fizičkim i mentalnim zdravljem bolesnika. Navedeno se odnosi na potrebe hospitaliziranih bolesnika za nastavkom prakticiranja religije, kao i razmatranju njihovih uvjerenja prilikom boravka u bolnici. Istraživanje je provedeno putem anonimnog anketnog upitnika, unutar medicinske djelatnosti primarne zdravstvene zaštite na razini Odjela patronažne zdravstvene zaštite Doma zdravlja Primorsko-goranske županije u svibnju 2017. godine. Studija je provedena nasumičnim odabirom 114 ispitanika. Statistička na obradu provedena na rezultatima 76 ispitanika koji su naveli religijsku opredijeljenost pomoću programa »IBM SPSS Statistics«, 24 verzija i »Microsoft Office Excel 2010«. Utvrđeno je da su ispitanici religiozni ili religiozni i duhovni zajedno. Smatraju da religija i duhovnost utječu na zdravlje ljudi te da rituali i običaji mogu pomoći prilikom bolesti. Više od pola ispitanika prakticira religijske aktivnosti, jednom dnevno, te žele nastaviti s ritualima i običajima unutar zdravstvene ustanove. Ispitanici vjeruju da religija utječe na zdravlje, ali to ne smatraju primjenjivim u njihovom osobnom životu.

UDK 616-052:2

KEY WORDS: religion, spirituality, health, illness

ABSTRACT - Nowadays, there are more and more discussions about the role of spirituality and religion in medicine as well as its impacts on health in general. Numerous researches have shown the positive effect of religion and spirituality on both mental and physical health. The aim of this research is to determine whether there is a connection between religion and spirituality with the physical and mental health of the patient, referring to the needs of hospitalised patients to continue practicing religion and to the possibility of wanting their beliefs to be considered when they are in the hospital. The research was conducted through an anonymous questionnaire in the scope of primary health care activity at the Department of Patronage Health Care, Primorsko-Goranska County in May 2017. The study was implemented by random selection of 114 participants. Statistical analysis was performed on the results of 76 participants who indicated their religious commitment, using IBM SPSS Statistics, version 24, and Microsoft Office Excel 2010. It was established that the respondents were religious or both religious and spiritual. They believe religion and spirituality affect people's health, and that rituals and customs are helpful during their illness. More than half of the respondents practice religious activities once per day and want to continue with rituals and customs within the health institution. On the one hand, participants believe that religion affects their health, but on the other hand, they think this is not applicable to their personal life.

1 Uvod

S razvojem suvremene medicine u posljednjih se dvadesetak godina sve češće propituje relevantnost srednjovjekovne medicine u pogledu povezanosti religije i duhovnosti sa zdravljem i bolesti. Fizička, emocionalna, društvena i duhovna dimenzija neodvojive su komponente svake osobe, zdrave ili bolesne. Zanemarivanje bilo kojeg od tih aspekata povećava u bolesnika osjećaj nepotpunosti ili možebitnog ometanja ozdravljenja. Za mnoge bolesnike, duhovnost i religija predstavljaju primarni unutarnji resurs u

odnosu i suočavanju s bolešću. Osluškiivanje bolesnikovog svjetonazora, religijskih i duhovnih uvjerenja pomaže zdravstvenim djelatnicima u prihvaćanju i razumijevanju njegovih potreba, a time i u procesu kreiranja planova s ciljem ozdravljenja (Čukljek, 2006). Bolesnik ima pravo diktirati uvjete i učestalost određene prakse, ako je to ostvarivo s obzirom na mogućnosti ustanove. Uloga zdravstvenih djelatnika je omogućiti i poticati one aktivnosti koje doprinose dobrobiti bolesnika. Duhovna i vjerska briga je neprocjenjivo važan dio cjelokupne zdravstvene njege. Poznate teoretičarke sestinstva kao što su Faye Glenn Abdellah, Virginia Henderson te Joyce Travelbee religioznost su uvrstile u zadaće medicinskih sestara. Po Faye Glenn Abdellah, šesnaesti zdravstveni problem koji je u domeni sestriinske prakse odnosi se na stvaranje uvjeta za napredak prema osobnom i duhovnom ostvarenju (Fučkar, 1992). Virginia Henderson u svojoj teoriji podijelila je osnovne ljudske potrebe u 14 segmenata, jedanaesta se odnosi na zadovoljavanje vjerskih potreba (Henderson, Kalčić i Grbec, 1998). Joyce Travelbee objektivno zdravlje definira kao odsutnost vidljive bolesti, dok subjektivno zdravlje definira kao individualno stanje blagostanja u skladu sa samoprocjenom fizičko-emocionalno-duhovnog statusa (Fučkar, 1992). Abraham Maslow (1943) stavio je naglasak da pripadanje religijskom udruženju ili zajednici velikog broja ljudi predstavlja važnu ulogu na putu k samoaktualizaciji, te posljedičnom zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba. Američka psihijatrijska udruga (APP-American Psychiatric Press) kategorizirala je religijske ili duhovne poteškoće u mentalne poremećaje te je 2013. godine publicirano peto izdanje Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM V-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) koji predstavlja klasifikacijski sustav u psihijatriji u kojem se pod rubrikom »Problemi povezani s ostalim psihosocijalnim, osobnim i okolišnim uvjetima« opisuje dijagnoza Religijske ili duhovne poteškoće i šifrira kao V62.89 i Z65.8. (American Psychiatric Association, 2013). Religijske ili duhovne poteškoće u navedenom priručniku opisane su kao: »uznemirujuća iskustva koja uključuju gubitak ili propitivanje vjere, problemi povezani s prijelazom u novu vjeru ili propitivanje duhovnih vrijednosti koje možda nisu nužno povezane s organiziranom crkvom ili vjerskom institucijom« (American Psychiatric Association, 2013).

1.1 Definiranje religije i duhovnosti

Duhovnost je širok pojam koji je teško opisati jer svakom pojedincu predstavlja različitu dimenziju. Riječ duhovnost izvedena je iz latinskog spiritus, što znači »dah«, ali i »disanje«, nešto što tijelo opskrbljuje životnom energijom (Leutar i Leutar, 2010). Može se shvatiti kao unutarnji proces za pronalaženjem smisla i svrhe života te želja za integriranim životom (Leutar i Leutar, 2017). U tom smislu se može poistovjetiti s karakterom, ljubavi, mirom ili zdravljem (Miller i Thoresen, 2003).

Riječ religija dolazi iz latinskog glagola relegere, koji znači »pažljivo obdržavati, brižno se odnositi«, pri tome misli na hramski kult propisa religiones koji se odnose na štovanje bogova (Leutar i Leutar, 2010). Smatra se da je religija više strukturirana i formalna s ritualima koji su ukorijenjeni tradicijom. Moglo bi se reći da religija predstavlja institucionalizaciju duhovnosti.

Duhovnost i religioznost nisu nužno vezane jedna uz drugu, osoba može biti tradicionalno religiozna, ali ne i duhovna, te obrnuto. Dok se religija odvija kroz zajedničku praksu zajednice, duhovnost je neopipljiva čud pojedinca. Duhovne potrebe imaju i pojedinci koji nisu opredijeljeni za niti jednu religiju. Pod duhovnim potrebama smatramo želju za zajedništvom s drugima, želju za nadom i dostojanstvom.

1.2 Pozitivno djelovanje religije na zdravlje

Najnovija istraživanja dokazuju da duhovna i vjerska suočavanja pomažu ljudima u prevladavanju unutarnjih prepreka, a time i pozitivnom psihološkom stanju te boljem mentalnom zdravlju.

Australska studija ispitala je duhovnost/religiju osoba oboljelih od psihičkih bolesti. 79 % ispitanika ocijenilo je svoja duhovna uvjerenja kao važna ili vrlo važna te 67 % ispitanika navelo je da su im rituali pomogli da se nose sa psihološkom boli. Utvrđena je potreba za uključivanjem duhovne i vjerske dimenzije u psihijatrijsku skrb kako bi se postigao bolji terapijski učinak (Koenig, McCullough i Larson, 2001).

Istraživanje relativno zdrave starije populacije koja se opredjelila za privatne vjerske aktivnosti (molitva, meditacija, čitanje Biblije) pokazuje značajan učinak na smrtnost. Visoka razina vjerskog angažmana može biti povezana s gotovo do sedam godina dužim očekivanim životnim vijekom (Koenig idr., 2001). Istraživanjem u Washingtonu, na uzorku od 910 000 stanovnika Maryland županije, ustanovljeno je da su stanovnici koji su redovito odlazili u Crkvu imali nižu prevalenciju od ciroze, emfizema, samoubojstva i morbiditeta uzrokovanog ishemijskim bolestima srca (Helm, Hays, Flint, Koenig i Blazer, 2000). Comstock i Partridge, autori studije iz Marylandana na uzorku od 50 000 adolescenata koje su pratili šest godina su ustanovili značajnu povezanost incidencije suicida između adolescenata koji redovito idu u Crkvu i onih koji ne idu. Incidencija suicida onih koji su odlazili u Crkvu jednom na tjedan ili češće je 0,45 na 1 000 ispitanika dok je onih koji su odlazili u Crkvu manje od jednom tjedno 0,95 na 1 000 ispitanika.

U pregledu literature koja istražuje odnos religioznosti i pušenja, studijom »Coronary Artery Risk Development in Young Adults« utvrđeno je da ispitanici koji jednom tjedno ili više sudjeluju u crkvenim obredima nakon razvijenih navika imaju veću vjerojatnost prestati pušiti ili da uopće ne počinju pušiti (Whooley, Boyd, Gardin i Williams, 2002).

U studiji koja je provedena na velikom nacionalnom uzorku koji su činila 47 738 bijelca i 8 266 afro Amerikanca istraživala se povezanost religije s apstinencijom od pušenja. Ispitana je količina vjerskog angažmana, pohađanje vjerskih službi i vjerska pripadnost. Utvrđeno je da se adolescenti afro Amerikanci češće suzdržavaju od pušenja nego bijelci. Razlika je objašnjena višim stupnjem religioznosti među adolescentima afro Amerikanaca (Oredein i Foulds, 2011).

Neke vjerske zajednice imaju različite recepte ili pravila koja se odnose na način prehrane. Potencijalno pozitivan utjecaj vjeroispovijesti na prehrane navike je vidljiv kod mormona i adventista. Mormoni konzumiraju cjelovite žitarice, voće i povrće te je dokazano da imaju nižu stopu pojavnosti raka i srčanih bolesti. Jednak slučaj je

kod adventista koji konzumiraju hranu s malo masti i visokom hranjivom vrijednošću izbjegavajući meso (Lee i Newberg, 2005).

1.3 Negativno djelovanje religije na zdravlje

Iako su mnoge studije dokazale da religija ima pozitivan učinak na zdravlje, njena druga krajnost je negativan utjecaj. Vjerska uvjerenja mogu se izravno suprotstaviti određenim zdravstvenim intervencijama poput transfuzije, kontracepcije ili oplodnje in vitro. Istraživanjem koje je provedeno u New Yorku o uzroku smrti djece između 1975. i 1995. godine ustanovljeno je da bi stopa preživljenja kod 140 djece bila veća od 90% da se pravovremeno primijenila medicinska skrb. Roditelji preminule djece su uskratili medicinsku skrb zbog oslanjanja na vjerske obrede te se prakticiralo vjersko liječenje umjesto medicinske skrbi (Offit, 2015).

U istraživanju koje su proveli Lefkowitz i suradnici (2004) dobiveni su rezultati da religiozno okruženje i tradicija mogu utjecati na otvorenost prema temama o spolnosti. Utvrđeno je da su manje religiozne majke bile spremnije razgovarati o seksualnosti te da su adolescenti koji su bili otvoreni za ovakve razgovore s roditeljima bili manje religiozni. Studija Bucka i suradnika (2009) u kojoj je istraživana utjecaj religije na hipertenziju govori da su više razine duhovnosti i češće molitve povezane s lošijim rezultatima incidencije hipertenzije (Buck, Williams, Musick i Sternthal, 2009).

Na osnovu dosadašnjih istraživanja postavljamo opći cilj našeg rada, a on je utvrditi postoji li povezanost između religije i duhovnosti s fizičkim i mentalnim zdravljem.

2 Cilj istraživanja

Iz postavljenog osnovnog cilja proizlazi specifični cilj, a odnosi se na potrebe hospitaliziranih bolesnika za nastavkom prakticiranja religije za vrijeme hospitalizacije.

Na osnovu ciljeva postavljene su hipoteze:

H_0 – ne postoji povezanost između prakticiranja religije i fizičkog i mentalnog zdravlja bolesnika uz postavljenju granicu statističke značajnosti $P < 0,05$

H_1 – postoji povezanost između prakticiranja religije i fizičkog i mentalnog zdravlja bolesnika uz postavljenju granicu statističke značajnosti $P < 0,05$

3 Ispitanici i metode

Istraživanje je provedeno unutar primarne zdravstvene zaštite, na razini Odjela patронаžne zdravstvene zaštite Doma zdravlja Primorsko-goranske županije, u svibnju 2017. godine. Studija je provedena nasumičnim odabirom ispitanika (randomizacija - »bacanje kockice«).

3.1 Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo 114 ispitanika, oba spola, od 18 godina života na više. Dio ispitanika koji nisu naveli svoju religiju ili su opredjeljeni kao ateisti, nisu uzeti u daljnju statističku obradu podataka. U obradu su uzeti podaci dobiveni od 76 ispitanika.

3.2 Metode

Instrument istraživanja je anonimni anketni upitnik oblikovan po uzoru na specifičniji upitnik proveden u bolnici Prince of Wales, na temu »Duhovnost/religija i zdravlje«.

Anketni upitnik sadrži 18 osnovnih pitanja, od kojih je većina formulirana kao izjava zatvorenog tipa (odgovori su bili ograničeni na »Da«, »Ne« ili »Neodlučeno«). Neki stavci u potpunosti temeljeni na pisanom odgovoru na pitanje. Pitanja su podijeljena u tri kategorije. Početni dio upitnika sadrži pitanja o demografskim podacima (dob, spol, mjesto stanovanja, razina obrazovanja) te podatak o aktualnoj bolesti. Drugi dio se sastoji od pet pitanja i tvrdnji koje se općenito odnose na religiju i duhovnost. Odgovori na ova pitanja su na zaokruživanje. Trinaest pitanja upitnika odnose se na osobna uvjerenja i želje ispitanika vezano uz religiju, duhovnost i zdravstveno stanje/potrebe. Mogući su višestruki odgovori. Anketni upitnik provele su patronažne sestre na svojem terenu.

3.3 Statistika

U radu je korištena deskriptivna i inferencijalna statistika (Pearsonov koeficijent korelacije). Izračuni su rađeni na granici statističke značajnosti od $P < 0,05$ i $P < 0,01$.

Statistička obrada provedena je pomoću programa »IBM SPSS Statistics«, 24 verzija i Microsoft Office Excel 2010. godine.

3.4 Etička načela

Za provedbu istraživanja dobivena je suglasnost Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Primorsko-goranske županije, broj: 01-714/1-17, te suglasnost Etičkog povjerenstva Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci. Svaki sudionik potpisao je informirani pristanak o suglasnosti na sudjelovanje u istraživanju. Osigurana je povjerljivost podataka i zaštita identiteta ispitanika.

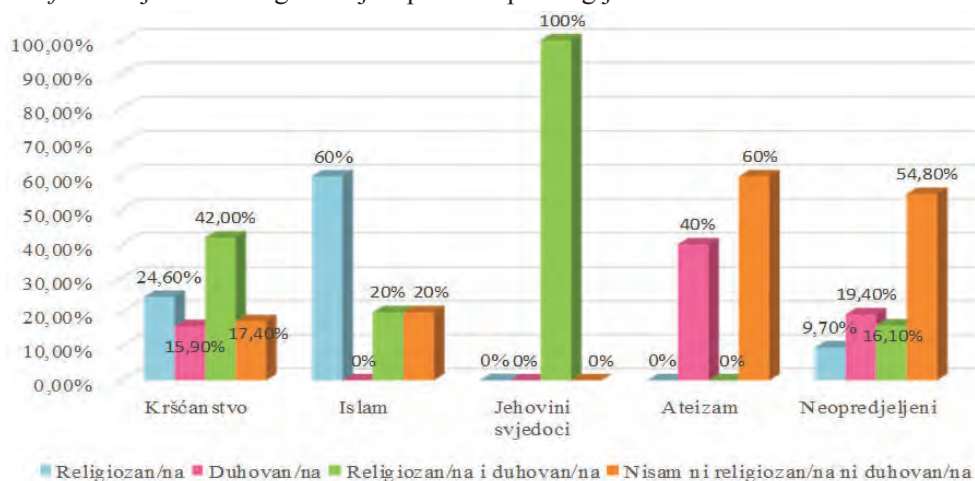
4 Rezultati

U istraživanju sudjelovalo je 114 ispitanika, 76 ispitanika izjasnilo se je o svojoj religijskoj opredjeljenosti i oni su uzeti u statističku obradu. Od 76 ispitanika, 47 je bilo ženskog, a 29 muškog spola. U istraživanje su bili uključeni ispitanici u dobi od 18 godine života na više, prosjek je 64 godine života. Većina ispitanika stanuje u gradu, njih 50 (65,78 %). Srednju stručnu spremu ima 40 (52,63 %) ispitanika, 15 (19,73 %) ima nižu, te 15 (19,73 %) višu stručnu spremu. Samo šest ispitanika ima visoku stru-

čnu spremu. Od 76 ispitanika, 68 ih se izjasnilo da su kršćani: 10 grkokatolici, 57 rimokatolici i jedan evangelik. Šest ispitanika opredjelilo se je za Islam i dva Jehovina svjedoka. Od 38 ispitanika koji nisu ušli u daljnju obradu njih pet navelo je da su ateisti, dvoje je navelo da je religija njihova osobna stvar, te 31 ispitanik je ostavilo prazno polje. Od 68 ispitanika koji su se izjasnili kao kršćani, njih 17 je religiozno, 11 duhovno, 28 oboje te 12 koji nisu ni religiozni ni duhovni. Od šestero pripadnika Islama četvero navodi da je religiozno, a jedan da je religiozan i duhovan, te jedan da nije niti jedno. Oba Jehovina svjedoka navode da su religiozna i duhovna. Dvoje ateista je navelo da su duhovni, a troje da nisu ni duhovni ni religiozni. Od 38 neopredijeljenih ispitanika njih 20 nije ni religiozni ni duhovno, jedanaest je duhovno i religiozno, te sedam samo duhovno.

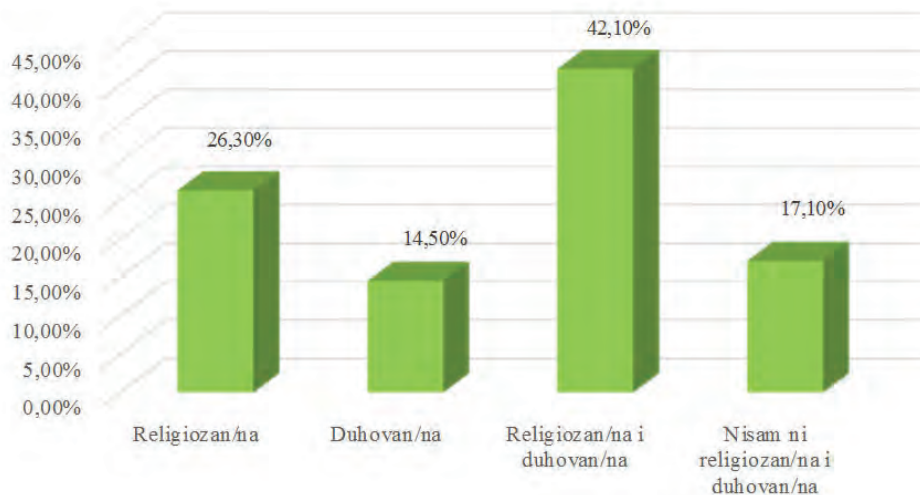
Graf 1 prikazuje podjelu ispitanika po religijama prema osobnom viđenju ispitanika kao religioznog, duhovnog, religioznog i duhovnog, niti jedno od navedenog.

Graf 1: Podjela osobnog viđanja ispitanika po religijama



Izvor: Anketa, 2017.

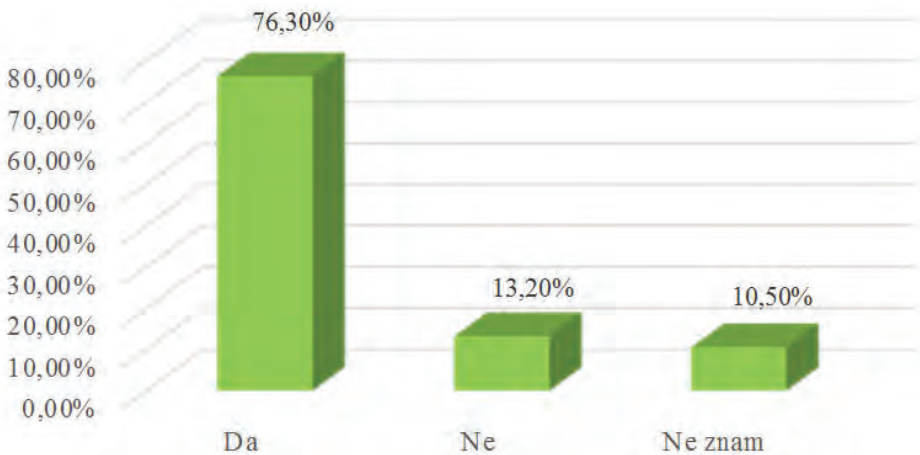
Graf 2: Podjela osobnog viđanja ispitanika svih religija zajedno



Izvor: Anketa, 2017.

Graf 2 prikazuje opredjeljenost prema osobnom viđenju ispitanika kao religioznog, duhovnog, religioznog i duhovnog, niti jedno od navedenog. Odnosi se na sve religije.

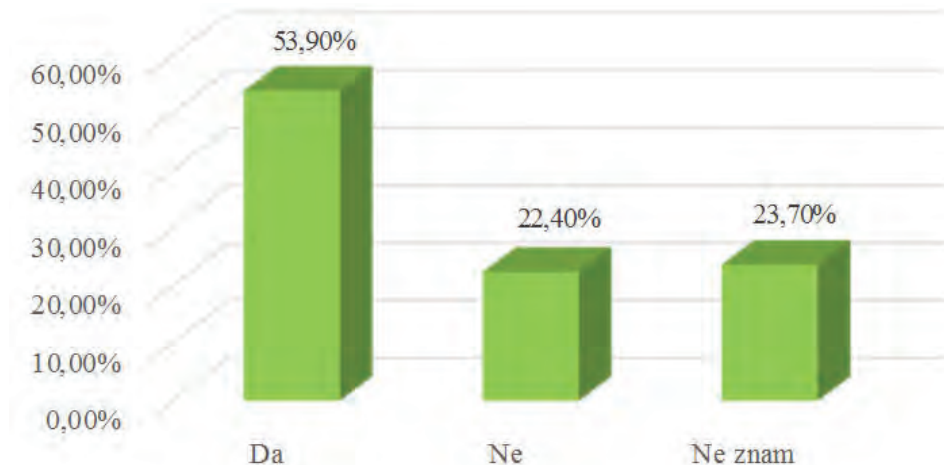
Graf 3: Važnost duhovnosti i religije kod narušenog zdravlja



Izvor: Anketa, 2017.

Iz grafa 3 možemo iščitati da 76,3 % ispitanika svih religija smatra da duhovnost i religija postaju važni kada je narušeno zdravlje. Njih 13,2 % ne misli tako, a 10,5 % navodi da ne zna odgovor na pitanje.

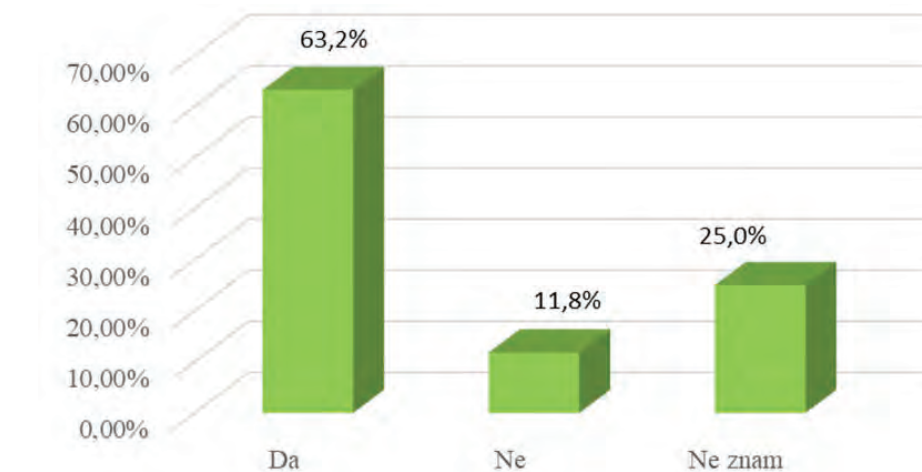
Graf 4: Utjecaj duhovnih i vjerskih uvjerenja na pogled i stavove prema zdravlju i bolesti



Izvor: Anketa, 2017.

Iz grafa 4 možemo iščitati da 53,9 % ispitanika smatra kako duhovnost i vjerovanja imaju utjecaja na pogled i stavove prema zdravlju i bolesti. 22,4 % ispitanika ne misli da duhovnost i vjerovanja imaju utjecaja, a 23,7 % ispitanika navodi da ne znaju.

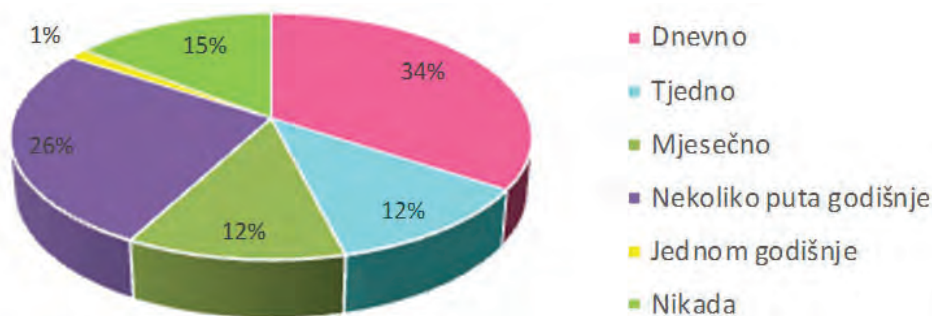
Graf 5: Utjecaj rituala i običaja prilikom pomoći bolesnima



Izvor: Anketa, 2017.

Iz grafa 5 možemo vidjeti kako 63,2 % ispitanika smatra da rituali i običaji mogu pomoći u bolesti, njih 11,8 % navodi da rituali i običaji ne mogu pomoći, te 25,0 % ispitanika ne zna odgovor.

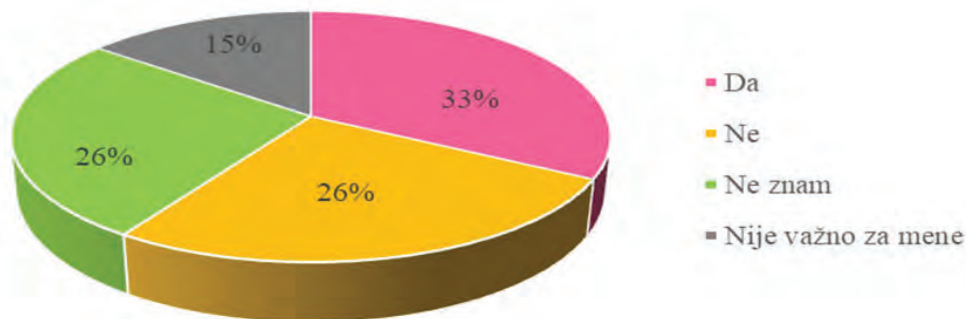
Graf 6: Učestalost religijskih ili duhovnih praksi



Izvor: Anketa, 2017.

Graf 6 prikazuje koliko vremenski ispitanici prakticiraju religijske ili duhovne aktivnosti. 34 % ispitanika dnevno prakticira stvari povezane s religijskim/duhovnim uvjerenjima, nekoliko puta godišnje prakticira 26 % ispitanika. 12 % ispitanika prakticira mjesečno, 12 % tjedno te 1 % ispitanika jednom godišnje, a 15 % nikada.

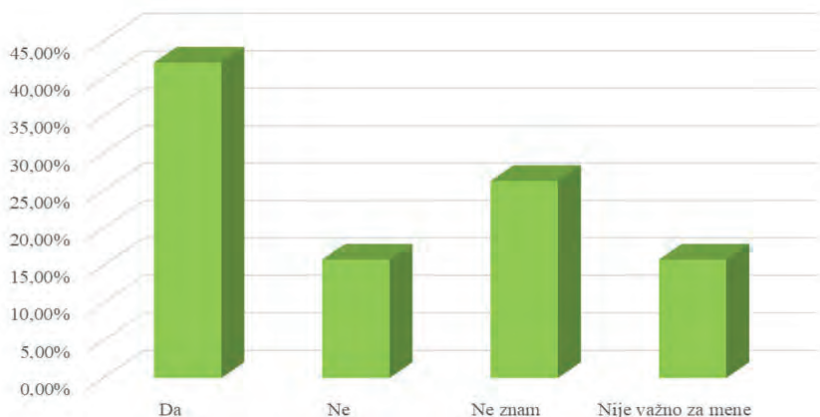
Graf 7: Potreba za razgovor s kapelanom ili pastoralnim radnikom prilikom hospitalizacije



Izvor: Anketa, 2017.

Graf 7 prikazuje potrebu za razgovor s kapelanom. 26 % ispitanika nema tu potrebu, dok 33 % ispitanika to želi, 26 % ispitanika ne zna što bi htjelo, ostalima nije važno.

Graf 8: Prakticiranje uobičajenih običaja i rituala u zdravstvenoj ustanovi



Izvor: Anketa, 2017.

Graf 8 prikazuje da je za 42,10 % ispitanika bitno nastaviti u zdravstvenoj ustanovi s uobičajenim običajima i ritualima, dok je 15,80 % ispitanika izjavilo da im to nije bitno. 26,30 % ne zna što bi mislilo te 15,80 % smatra da to nije relevantno za njih.

Tabela 1: Korelacija između dobi, razine obrazovanja, mjesta stanovanja i vjerovanja da duhovna/vjerska uvjerenja utječu na zdravlje

| Korelacija | | | | | |
|--|---------------------|-------|--------------------|-------------------|--|
| | | Dob | Razina obrazovanja | Mjesto stanovanja | Smatrate li da vaša duhovna i vjerska uvjerenja utječu na vaše zdravlje? |
| Dob | Pearson Correlation | 1 | ,009 | ,216 | -,034 |
| | Sig. (2-tailed) | | ,940 | ,061 | ,772 |
| | N | 76 | 76 | 76 | 76 |
| Razina obrazovanja | Pearson Correlation | ,009 | 1 | ,76 | ,049 |
| | Sig. (2-tailed) | ,940 | | ,391 | ,671 |
| | N | 76 | 76 | 76 | 76 |
| Mjesto stanovanja | Pearson Correlation | ,216 | ,76 | 1 | -,035 |
| | Sig. (2-tailed) | ,061 | ,391 | | ,763 |
| | N | 76 | 76 | 76 | 76 |
| Smatrate li da vaša duhovna i vjerska uvjerenja utječu na vaše zdravlje? | Pearson Correlation | -,034 | ,049 | -,035 | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,772 | ,671 | ,763 | |
| | N | 76 | 76 | 76 | 76 |

Izvor: Anketa, 2017.

Iz tabele 1 može se iščitati da varijabla »Dob« i »Smatrate li da vaša duhovna i vjerska uvjerenja utječu na vaše zdravlje?« nisu međusobno povezane ($r = -,034$ $p > 0,05$). Varijable »Razina obrazovanja« i »Smatrate li da vaša duhovna i vjerska uvjerenja utječu na vaše zdravlje?« su bliže jedna drugoj ($r = ,049$ $p > 0,05$). Varijabla »Mjesto stanovanja« u negativnoj je korelaciji s varijablom »Smatrate li da vaša duhovna i vjerska uvjerenja utječu na vaše zdravlje?« ($r = -,035$, $p > 0,05$).

Tabela 2: Korelacija između varijabli »Smatrate li da vaša duhovna i vjerska uvjerenja utječu na vaše zdravlje?« i »Duhovna ili vjerska uvjerenja mogu imati učinak na zdravlje ljudi«

| <i>Korelacija</i> | | | |
|--|---------------------|---|---|
| | | <i>Duhovna ili vjerska uvjerenja mogu imati učinak na zdravlje ljudi:</i> | <i>Smatrate li da vaša duhovna i vjerska uvjerenja utječu na vaše zdravlje?</i> |
| Smatrate li da vaša duhovna i vjerska uvjerenja utječu na vaše zdravlje? | Pearson Correlation | ,339** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,003 | |
| | N | 76 | 76 |
| Duhovna ili vjerska uvjerenja mogu imati učinak na zdravlje ljudi: | Pearson Correlation | 1 | ,339** |
| | Sig. (2-tailed) | ,003 | |
| | N | 76 | 76 |

**Korelacija je statistički značajna na nivou $p < 0,01$ (2-tailed).

Izvor: Anketa, 2017.

Iz tabele 2 možemo iščitati da je varijabla »Smatrate li da vaša duhovna i vjerska uvjerenja utječu na vaše zdravlje?« u pozitivnoj korelaciji s varijablom »Duhovna ili vjerska uvjerenja mogu imati učinak na zdravlje ljudi« ($r = 0,339$, $p < 0,01$).

Tabela 3: Korelacija između varijabli »Smatrate li da je bitno da vas zdravstveno osoblje pita o vašem duhovnim i vjerskim uvjerenjima?« i »Želite li kada ostajete u bolnici razgovarati s kapelanom ili pastoralnim radnikom?«

| <i>Korelacija</i> | | | |
|--|---------------------|---|--|
| | | <i>Smatrate li da je bitno da vas zdravstveno osoblje pita o vašem duhovnim i vjerskim uvjerenjima?</i> | <i>Želite li kada ostajete u bolnici razgovarati s kapelanom ili pastoralnim radnikom?</i> |
| Smatrate li da je bitno da vas zdravstveno osoblje pita o vašem duhovnim i vjerskim uvjerenjima? | Pearson Correlation | 1 | ,404** |
| | Sig. (2-tailed) | | ,000 |
| | N | 76 | 76 |
| Želite li kada ostajete u bolnici razgovarati s kapelanom ili pastoralnim radnikom? | Pearson Correlation | ,404** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | |
| | N | 76 | 76 |

**Korelacija je statistički značajna na nivou $p < 0,01$ (2-tailed)

Izvor: Anketa, 2017.

Iz table 3 možemo iščitati da je varijabla »Smatrate li da je bitno da vas zdravstveno osoblje pita o vašem duhovnim i vjerskim uvjerenjima?« u pozitivnoj korelaciji s varijablom »Želite li kada ostajete u bolnici razgovarati s kapelanom ili pastoralnim radnikom?« ($r = 0,404$, $p < 0,01$).

5 Rasprava

U radu je istraživano postoji li povezanost između varijabli kao što su: mjesto stanovanja, razina obrazovanja, dob i vjerovanja da religija i duhovnost utječu na zdravlje no dobiveni rezultati nisu statistički značajni. Nadalje istraživano je da li duhovnost ili religija postaju važne u trenucima narušenog zdravlja. Čak 58 (76,31 %) ispitanika smatra da su važne. Dobivena je slaba povezanost ($r = 0,339$; $p < 0,01$) između varijabli »Smatrate li da vaša duhovna i vjerska uvjerenja utječu na vaše zdravlje?« i »Duhovna ili vjerska uvjerenja mogu imati učinak na zdravlje ljudi«.

Promatrajući sve religije zajedno, dakle od 76 ispitanika više od polovice je religiozno, 32 ispitanika (42,1 %) je religiozno i duhovno, a 20 ispitanika (26,3 %) je religiozno, te 11 duhovno (14,5 %). Samo 13 ispitanika (17,1 %) nije ni religiozno ni duhovno. Uspoređujući dobivene rezultate ovog istraživanja s provedenim istraživanjem Hilbersa i suradnika u Prince of Wales Hospital, 5 % ispitanika je manje religiozno, 10 % više duhovno, 13 % manje religiozno i duhovno, te 2 % više ispitanika koji su naveli da nisu ni religiozni ni duhovni (Hilbers, Haynes, Kivikko i Ratnavuyha, 2003). Rezultati pokazuju da 41 (53,94 %) ispitanik vjeruje da duhovnost i vjerovanje imaju utjecaja na stav prema zdravlju i bolesti, 17 (22,36 %) ispitanika ne misli tako, a čak 18 (23,68 %) ispitanika ne zna što bi mislilo. Dobiveni rezultati slični su rezultatima Bussinga i suradnika provedenom na temu utjecaja religije i duhovnosti na bolesti koje mijenjaju život kao što su karcinom, multipla skleroza, razne kronične bolesti (Bussing, Ostermann i Matthiessen, 2005).

Nadalje, rezultati pokazuju da 48 (63,15 %) ispitanika smatra da im vjerski rituali i običaji mogu pomoći tijekom bolesti, a devet ispitanika misli suprotno, 19 (25 %) ispitanika ne zna odgovor. Na pitanje koliko često provode aktivnosti vezane uz religiju, 26 (34,21 %) ispitanika odgovorilo je da iste provode dnevno, 20 (26,31 %) ispitanika tjedno, te po deset ispitanika mjesečno i nekoliko puta godišnje. Važnim da u zdravstvenoj ustanovi mogu nastaviti s prijašnjim religioznim običajima i ritualima smatra 32 (42,10 %), njih 12 (15,80 %) to smatra nebitnim, 20 (26,30 %) ne zna što misli o tome te 12 (15,80 %) smatra da se to ne odnosi na njih. U ovom istraživanju željelo se saznati je li bolesnicima važna duhovna komponenta za vrijeme hospitalizacije. Pitalo ih se da li im je bitno da ih zdravstveno osoblje pita o duhovnim i vjerskim uvjerenjima, 25 (33 %) ispitanika odgovorilo je da im je bitno, dok 20 (26 %) ispitanika smatra da nije, 20 (26 %) ispitanika ne zna što bi mislilo, a 11 (15 %) ispitanika je odgovorilo da to nije relevantno za njih. Radi se o velikoj razlici između istraživanja Hilbersa i suradnika provedenog u Prince of Wales Hospital gdje 72 % ispitanika smatra bitnim da ih zdravstveno osoblje pita o vjerskim i duhovnim uvjerenjima (Hilbers idr., 2003).

Nedostaci ovog istraživanja su neuključenost u istraživanje onih ispitanika koji su aktualno hospitalizirani. U slijedećem istraživanju od velikog značaja bilo bi uključiti iste te usporediti dobivene rezultate.

6 Zaključak

Cilj ovog rada bio je utvrditi postoji li povezanost između religije i duhovnosti s fizičkim i mentalnim zdravljem ispitanika. Dobiveni rezultati govore da je više od polovice ispitanika religiozno ili religiozno i duhovno zajedno. Više od polovice ispitanika vjeruje da religija i duhovnost utječu na zdravlje ljudi općenito, ali ne vjeruju da religija i duhovnost utječu na njihovo zdravlje. Trećina ispitanika smatra bitnim da ih zdravstveno osoblje pita za duhovna i vjerska uvjerenja. Ispitanici smatraju da im vjerski rituali i običaji mogu pomoći tijekom bolesti. Više od trećine ispitanika dnevno provodi vjerske aktivnosti i važno im je da u zdravstvenoj ustanovi nastave s prijašnjim religioznim običajima i ritualima.

Zahvala

Zahvaljujemo svim ispitanicima koji su pristali sudjelovati u istraživanju kao i patronažnim sestrama bez čije pomoći isto nebi bilo moguće realizirati.

Financiranje: Ovo istraživanje nije financijski podržano od niti jedne organizacije.

Izjava o autorstvu: RK i AA izradili su koncept i dizajn istraživanja. AA i GLK izvršile su prikupljanje podataka. AA i RK izvršili su analizu i interpretaciju podataka. RK i AA sastavili su rukopis.

U ovom radu ne postoji sukob interesa.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual od mental disorders DSM-5. Washington: American Psychiatric Association Publishing.
2. Buck, A. C., Williams, D. R., Musick, M. A. i Sternthal, M. J. (2009). An examination of the relationship between multiple dimensions of religiosity, blood pressure and hypertension. *Social Science & Medicine*, 68 (2), 314–322. Preuzeto 22. 8. 2017, s <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.010>.
3. Bussing, A., Ostermann, T. i Matthiessen, P. F. (2005). Role of religion and spirituality in medical patients: confirmatory results with the SpREUK questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*, 3, 10. Preuzeto 17. 8. 2017, s <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-10>.
4. Čukljek, S. (2006). Proces zdravstvene njege – nastavni tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
5. Fučkar, G. (1992). Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu.
6. Helm, H. M., Hays, J. C., Flint, E. P., Koenig, H. G. i Blazer, D. G. (2000). Does private religious activity prolong survival? A six-year follow-up study of 3,851 older adults. *The Journals of Gerontology*, 55 (7), 400–405. Preuzeto 18. 8. 2017, s <https://doi.org/10.1093/gerona/55.7.M400>.
7. Henderson, V., Kalčič, D. i Grbec, V. (1998). Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.

8. Hilbers, J., Haynes, A., Kivikko, J. i Ratnavuyha, D. (2003). Spirituality, Religion, and Health. *American Psychologist*, 58 (1), 24–35. Preuzeto 23. 8. 2017, s <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.24>.
9. Koenig, H. G., Mc Cullough, M. E. i Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and Health*. New York: University Press, Oxford. Preuzeto 17. 8. 2017, s [https://books.google.hr/books?id=h8F3OmlmH4C&lpg=PA610&dq=G.%20W.%20Comstock%20i%20K.%20B.%20Partridge's%20\(1972\)&hl=hr&pg=PA392#v=onepage&q=G.%20W.%20Comstock%20i%20K.%20B.%20Partridge's%20\(1972\)&f=false](https://books.google.hr/books?id=h8F3OmlmH4C&lpg=PA610&dq=G.%20W.%20Comstock%20i%20K.%20B.%20Partridge's%20(1972)&hl=hr&pg=PA392#v=onepage&q=G.%20W.%20Comstock%20i%20K.%20B.%20Partridge's%20(1972)&f=false).
10. Lee, B. Y. i Newberg, A. B. (2005). Religion and health: a review and critical analysis. *Zygon*, 40 (2), 443–468. Preuzeto 21. 8. 2017, s <https://static1.squarespace.com/static/52402ca4e4b0b7dd2fafe453/t/526049c6e4b034113969a71b/1382042054234/the-neuroscientific-study-of-religious-and-spiritual-phenomena-or-why-god-doesn%E2%80%99t-use-biostatistics.pdf>.
11. Lefkowitz, E. S., Boone, T. L. i Shearer, C. L. (2004). Communication With Best Friends About Sex-Related Topics During Emerging Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 33 (4), 339–351.
12. Leutar, I. i Leutar, Z. (2010). Religioznost i duhovnost u socijalnom radu. *Crkva u svijetu*, 54 (4), 4463–4481.
13. Leutar, I. i Leutar, Z. (2017). Duhovnost kao resurs snage i otpornosti obitelji u rizičnim okolnostima. *Nova prisutnost*, 15, 65–88.
14. Maslow, A. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370–396.
15. Miller, W. R. i Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health. An emerging research field. *American Psychologist*, 58 (1), 24–35. Preuzeto 16. 8. 2017, s <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.24>.
16. Offit, P. A. (2015). Bad Faith: When Religious Belief Undermines Modern Medicine. Preuzeto 21. 8. 2017, s [https://books.google.hr/books?id=_Vk4DgAAQBAJ&lpg=PT114&ots=NgQQ15zBZK&dq=Asser%20and%20R.%20Swan%20\(1998\)&hl=hr&pg=PT122#v=onepage&q=Asser%20and%20R.%20Swan%20\(1998\)&f=false](https://books.google.hr/books?id=_Vk4DgAAQBAJ&lpg=PT114&ots=NgQQ15zBZK&dq=Asser%20and%20R.%20Swan%20(1998)&hl=hr&pg=PT122#v=onepage&q=Asser%20and%20R.%20Swan%20(1998)&f=false).
17. Oredein, T. i Foulds, J. (2011). Causes of the Decline in Cigarette Smoking Among African American Youths From the 1970s to the 1990s. *American Journal of Public Health*, 101(10), 4–14. Preuzeto 20. 8. 2017, s <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300289>.
18. Whooley, M. A., Boyd, A. L., Gardin, J. M. i Williams, D. R. (2002). Religious Involvement and Cigarette Smoking in Young Adults. *Archives of Internal Medicine*, 162. Preuzeto 20. 8. 2017, s <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/212366> 1604–1610.

Komunikacija u kontroli bolničkih infekcija - iskustvo rehabilitacijskog centra

UDK 616.9+316.77

KLJUČNE RIJEČI: komunikacija, kontrola bolničkih infekcija, multirezistentni mikroorganizmi

POVZETEK - Ispravna komunikacija ima važnu ulogu u stvaranju i održavanju sigurnog i učinkovitog zdravstvenog sustava. U kontroli bolničkih infekcija postoji potreba brzog prenošenja informacije velikom broju osoba, ali i potreba kontinuiranog i donekle standardiziranog komuniciranja radi održavanja svakodnevne »rutinske« razine kontrole bolničkih infekcija. Osobito je važna komunikacija među zdravstvenim djelatnicima kada se radi o bolesniku s izoliranim multirezistentnim mikroorganizmima; potrebna je valjana i pravovremena informacija kako bi se spriječilo njihovo širenje kako unutar ustanove, tako i kod premještaja. Komunikacija u tim slučajevima često poprima marketinški pristup pod motom »cilj opravdava sredstvo« te se takvi podaci prešućuju, a u nestandardiziranoj popratnoj dokumentaciji se ili ne spominju ili se ne ističu među manje važnim podacima. Anкета provedena među 56 djelatnika rehabilitacijskog centra pokazala je da ih je 98 % bilo u kontaktu s pacijentom koji je zahtijevao mjere izolacije, 84 % ih je bilo pravovremeno obaviješteno o potrebi kontaktne izolacije, najčešće od odjelne sestre. Kod premještaja pacijenta 87,5 % uvijek propisno i bez tajenja informacija najavi i prikaže podatke o izoliranim rezistentnim mikroorganizmima, a da je taj podatak javljen samo u rijetkim slučajevima kod prijema iz druge ustanove iskustvo je gotovo polovice anketiranih.

UDK 616.9+316.77

KEY WORDS: communication, hospital infection control, multi-resistant microorganisms

ABSTRACT - Correct communication has an important role in creating and maintaining a safe and effective healthcare system. In hospital infection control, there is a need for rapid transfer of information to a large number of people, but also the need for continuous and somehow standardised communication to maintain daily, "routine" levels of hospital infection control. Particularly important is communication among healthcare professionals when dealing with a patient with isolated multi-resistant microorganisms; valid and timely information is needed to prevent their spread both within the institution and at the transfer. In these cases, communication often takes the marketing approach under the motto "the goal justifies the means", and certain information is not mentioned; the same applies for the non-standardised accompanying documentation, which is either not listed or hidden among the less important data. A survey conducted among 56 healthcare workers showed that 98% of them were in contact with a patient requiring isolation measures, 84% of them were promptly informed about the need of contact isolation, most often by the ward nurses. When transferring the patient, 87.5% of them always properly and without hiding information announce and present the data on isolated resistant microorganisms, but when receiving patients from another institution, according to the experience of almost half of respondents, this information was available only in rare cases.

1 Uvod

Komunikacija predstavlja prijenos informacija od pošiljatelja do primatelja pod uvjetom da primatelj razumije informaciju. Ispravna komunikacija ima važnu ulogu i u stvaranju i održavanju sigurnog i učinkovitog zdravstvenog sustava, a učinkovitost kontrole i prevencije bolničkih infekcija u tomu predstavlja važnu kariku. U kontroli bolničkih infekcija postoji potreba brzog prenošenja informacije velikom broju osoba, ali i potreba kontinuiranog i donekle standardiziranog komuniciranja radi održavanja

svakodnevne »rutinske« razine kontrole bolničkih infekcija. Potrebna je valjana, razumljiva i pravovremena informacija kako bi se spriječilo širenje multirezistentnih mikroorganizama kako unutar ustanove tako i kod premještaja u drugu ustanovu. Cilj rada bio je ispitati iskustva djelatnika rehabilitacijskog centra u radu i komunikaciji vezanoj za kontrolu bolničkih infekcija unutar centra, ali i u komunikaciji s drugim ustanovama iz kojih ili u koje se transferira pacijent te ocijeniti kvalitetu komunikacije između djelatnika u slučaju pacijenta koji zahtjeva mjere izolacije, a rezultate ispitivanja iskoristiti za poboljšanje rada u kontroli i prevenciji bolničkih infekcija.

2 Ispitanici i metoda

Ispitivanje je provedeno metodom dobrovoljnog anonimnog upitnika sastavljenog za potrebe tog ispitivanja. Upitnik je, uz osnovne demografske podatke, imao 8 pitanja zatvorenog tipa za sve ispitanike uz mogućnost dodatnog komentara te dodatna 4 pitanja zatvorenog tipa za ispitanike koji sudjeluju u premještaju ili prijemu pacijenata u druge ili iz drugih zdravstvenih ustanova, također uz mogućnost dodatnog slobodnog komentara. U ispitivanju je sudjelovalo ukupno 56 zdravstvenih djelatnika različitih profesija. Od toga je ispitanica bilo 48 (86 %). Bio je podjednak broj ispitanika svih dobnih skupina; starosti od 20-30 godina bilo je njih 15 (26,8 %), u dobi od 31-40 godina 16 (28,6 %), zatim od 41-50 godina 11 (19,6 %) te 14 (25 %) ispitanika u dobi od 51-60 godina. Do 10 godina radnog iskustva imalo je 19 (33,9 %) ispitanika, 11-20 godina njih 11 (19,7 %), a podjednaki broj, po 13 (23,2 %) imalo je 21-30 tj. 31-40 godina radnog iskustva. Po profesiji, najviše ispitanika su bile medicinske sestre/tehničari (29 ili 51,8 %), zatim fizioterapeuti (13 ili 23,2 %), liječnici/ce (7 ili 12,5 %), logopedi (4 ili 7,1 %) i, najmanje, spremačice (3 ili 5,4 %). Najviše (32 ili 57,1 %) ih je bilo s odjela neurološke i kranio-cerebralne rehabilitacije, zatim s internog odjela njih 10 (17,9 %), s ortopedske rehabilitacije 8 (14,3 %), iz jedinice intenzivnog liječenja je bilo njih 5 (8,9 %), a najmanje ispitanika je bilo s odjela kardiološke rehabilitacije (1 tj. 1,8 %).

3 Rezultati

Ukupno 55 (98 %) ispitanika je tijekom svog rada bilo u kontaktu s pacijentom koji je zahtijevao mjere izolacije. Većina (47 ili 83,9 %) ih je pri tome bila pravovremeno obaviještena da kod pacijenta treba primijeniti mjere izolacije, najčešće od odjelne medicinske sestre (32 ili 57,1 %), zatim od sestre (13 ili 23,2 %) ili liječnika (6 ili 10,7 %) za kontrolu bolničkih infekcija, putem obavijesti na vratima sobe za izolaciju (4 ili 7,2 %), a svega 1 (1,8 %) od ustanove koja je poslala pacijenta na rehabilitaciju. Da su im bile dostupne jasne pisane i vizualne upute tima za kontrolu bolničkih infekcija o načinu zaštite prilikom ulaska u sobu za izolaciju odgovorilo je njih 54 (98,2 %), a samo 1 (1,8 %) ispitanik je odgovorio da nisu bile dostupne takve upute. Isto tako je

većina njih (52 ili 94,6 %) odgovorila da su im kod rada s pacijentom koji zahtijeva provođenje mjera kontaktne izolacije bila dostupna osobna zaštitna sredstva kako bi zaštitili sebe i druge pacijente, njih 3 (5,4 %) je odgovorilo da im zaštitna sredstva nisu bila dostupna. Na pitanje jesu li ikada propustili higijenu ruku nakon izlaska iz sobe za izolaciju većina (49 ili 89,3 %) je odgovorila negativno, od 6 pozitivnih odgovora, u 4 slučaja se radilo o medicinskoj sestri/tehničaru, a po jednom o liječniku i logopedu. Da im je bolnički tim za kontrolu infekcija uvijek dostupan za pitanja i savjete u vezi bolničkih infekcija odgovorilo je njih 53 (96,4 %), a 2 (3,6 %) ispitanika (logopedi) su odgovorili negativno. Isto tako većina njih (53 ili 96,4 %) smatra da ne postoje problemi u komunikaciji s timom za bolničke infekcije, a samo njih 2 (3,6 %) ima problema u ostvarivanju te komunikacije (logopedi). Vezano za pitanja o kontroli bolničkih infekcija ispitanici najčešće (40 ili 73,2 %) komuniciraju s medicinskom sestrom tima za kontrolu bolničkih infekcija, a njih 15 (26,8 %) podjednako komunicira s oba člana tima (medicinskom sestrom i liječnikom). Od ukupno anketiranih njih 16 (28,6 %) sudjeluje u dogovaranju i premještanju pacijenta u druge ustanove ili prijemu iz drugih ustanova na rehabilitaciju te su odgovorili i na pitanja vezana za komunikacija među ustanovama kad se radi o premještanju pacijenta s rezistentnim mikroorganizmima. Pokazalo se da prilikom premještanja pacijenta (radi prijema ili dijagnostičke obrade) njih 14 (87,5 %) uvijek, a 2 (12,5 %) često, propisno i bez tajenja informacija najavi pacijenta i prikaže podatke o izoliranim rezistentnim mikroorganizmima, od toga njih 13 (81,3 %) usmenim (telefonskim) i pismenim putem (otpusno pismo, otpusno pismo zdravstvene njege), a njih 3 (18,7 %) usmenim putem. S druge strane, polovica njih odgovara da su im kod prijema iz druge zdravstvene ustanove podaci o rezistenciji kako bi se mogli stvoriti uvjeti za smještaj takvog pacijenta najavljeni rijetko, njih 3 (18,7 %) da je to često, a njih 5 (31,3 %) je odgovorilo da su im podaci uvijek javljeni. U slobodnom komentaru kao probleme navode nepostojanje svježih laboratorijskih ili mikrobioloških nalaza ili da se o postojanju infekcije/kolonizacije multirezistentnim mikroorganizmima saznaje tek naknadno, kad je premještaj već izvršen. Kada postoji kontraindikacija za rehabilitaciju mogućnost vraćanja u uputnu ustanovu do sanacije stanja koje onemogućava rehabilitaciju postoji u većini slučajeva rijetko (10 ili 62,5 %) ili nikad (2 ili 12,5 %), samo jedan (6,3 %) odgovara da je to uvijek, a njih 3 (18,7 %) da je to često ostvarivo. Da su kolege s kojim ispitanici pri tom komuniciraju oko vraćanja pacijenta profesionalni i pristojni iskustvo je 13 ispitanika (81,3 %), mnogo rjeđe (3 ili 18,7 %) su neljubazni i neprofesionalni, ali nikada nisu srdačni i kolegijalni, a isto tako nikada nisu bezobrazni.

4 Rasprava

Kao i svaka druga, i komunikacija u zdravstvenim ustanovama može biti verbalna (usmena, pismena i dr.) i neverbalna (znakovi, geste, govor tijela). Obje vrste komunikacije trebaju biti u skladu da bi poruka bila uspješno prenesena i razumljiva, a poruka je uspješno prenesena, ako je dobivena zadovoljavajuća povratna informacija (feedback) odnosno akcija. Komunikacija u kontroli bolničkih infekcija uključuje veliki broj inte-

rakcija unutar tima za kontrolu bolničkih infekcija (BI) kao i između tima za kontrolu BI i svih drugih sudionika u zdravstvenom sustavu na različitim razinama, npr:

- Tim za kontrolu BI – ostali članovi zdravstvene ustanove (medicinske sestre i tehničari, liječnici, fizioterapeuti, psiholozi, defektolozi, logopedi, radni terapeuti, spremačice, pralje itd)
- Tim za kontrolu BI – pacijent
- Tim za kontrolu BI - obitelj pacijenta
- Tim za kontrolu BI - drugim timovi u ustanovi (npr. kontrola kvalitete, povjerenstvo za antibiotike i dr.)
- Tim za kontrolu BI - ravnateljstvo i ostale upravne strukture ustanove
- Tim za kontrolu BI - druge zdravstvene i nezdravstvene ustanove
- Tim za kontrolu BI - Ministarstvo zdravstva (Referentni centar za kontrolu BI, sanitarna inspekcija i dr.)
- Pri tomu Tim za kontrolu BI može prenositi poruke na brojne načine (Edwards, Sevdalis, Vincent i Holmes, 2012):
- direktnim, verbalnim ili neverbalnim putem
- putem različitih pisanih materijala (smjernica, postupnika, pravilnika, snopova skrbi)
- putem različitih oblika edukacije
- danas sve prisutnijim elektronskim prijenosom informacija internetom ili intranetom, e-mailom, putem društvenih mreža
- po potrebi i putem »masovnih« medija kao što su različite tiskovine, televizija, radio ili plakati i dr.

Pri izboru načina komunikacije važno je imati na umu što se želi prenijeti, kome je informacija namijenjena i kakav se odgovor očekuje. Pravilna komunikacija ima važnu ulogu u stvaranju i održavanju sigurnog i učinkovitog zdravstvenog sustava, a naročito u kontroli i prevenciji bolničkih infekcija. Dobar primjer komunikacije u kontroli bolničkih infekcija i stvaranju sigurnog okruženja za pacijente je uspješna globalna kampanja Svjetske zdravstvene organizacije »Clean care is safer care« (Čista njega je sigurnija njega) u kojoj se koriste svi navedeni komunikacijski kanali s ciljem promocije važnosti higijene ruku.

Coiera i Tombs (1998) te Farrugia i Borg (2012) su u istraživanjima pokazali da zdravstveni djelatnici daju prednost direktnoj/verbalnoj komunikaciji (licem u lice i putem telefona). I druga istraživanja su pokazala da je preko 80 % komunikacije zdravstvenih djelatnika putem direktnog kontakta (istodobno telefon, kolega, pacijent) što može dovesti do prekida novom porukom svakih 36 sekundi (Woloshynowych, Davis, Brown i Vincent, 2007). To sve uzrokuje izloženost (pre)velikom broju poruka koje stižu tijekom radnog vremena i dovodi u pitanje njihovu svrhu, učinkovitost te sigurnost pacijenata s jedne strane, a s druge strane povećava stres i radno opterećenje zdravstvenih djelatnika (Westbrook, Woods, Rob, Dunsmuir i Day, 2010.) stoga je očito da treba razvijati i koristiti i druge vidove komunikacije kada je to moguće.

Naše iskustvo je pokazalo da je upitnik dobra metoda kojom se može u kratkom vremenu prikupiti ciljane podatke od većeg broja različitih zdravstvenih profesionalaca u svrhu identifikacije mogućih problema i nedostataka u kontroli bolničkih infekcija,

u komunikaciji kako s bolničkim timom za kontrolu bolničkih infekcija, tako i u komunikaciji s drugim ustanovama. Dobiveni rezultati potom služe kako bi se poduzele mjere za uklanjanje poteškoća i poboljšanje komunikacije, sve s ciljem smanjenja rizika od prijenosa infekcije unutar ustanove i povećanjem sigurnosti pacijenata. Dobiveni rezultati, također, mogu poslužiti kao potvrda dobre prakse i ispravnosti postojećih postupaka i načina komunikacije.

Dobra komunikacija i povratna informacija među zdravstvenim djelatnicima je u kontroli bolničkih infekcija naročito važna ako se radi o bolesniku s izoliranim multirezistentnim mikroorganizmima. Samo adekvatna i pravovremena informacija može dovesti do boljeg pridržavanja mjera kontrole bolničkih infekcija i spriječiti širenje rezistentnih mikroorganizama (Ong i dr., 2013) kako unutar ustanove, tako i kod premještaja u druge ustanove. Prema našem istraživanju, komunikacija u tim slučajevima često poprima marketinški pristup pod motom »cilj opravdava sredstvo« pri čemu se podaci o izoliranim rezistentnim mikroorganizmima prešućuju ili javljaju tek naknadno, a u nestandardiziranoj ili slabo osmišljenoj popratnoj dokumentaciji se ili ne spominju ili se ne ističu među manje važnim podacima. Takva loša i neiskrena komunikacija među ustanovama direktno ugrožava veliki broj pacijenata.

5 Zaključak

Prema našem istraživanju može se zaključiti da je komunikacija djelatnika naše ustanove različitih profesija i tima za kontrolu bolničkih infekcija ocijenjena kao zadovoljavajuća, ali i da ima prostora za poboljšanja (logopedi). Isto tako najveći dio zdravstvenih djelatnika naše ustanove koji je uključen u premještaje pacijenata obavještava drugu ustanovu o postojanju rezistentnog mikroorganizma što na žalost nije praksa i kada se premješta pacijenta u našu ustanovu. Kada se radi o bolesniku s izoliranim multirezistentnim mikroorganizmima; potrebna je valjana i pravovremena informacija kako bi se spriječilo njihovo širenje kako unutar ustanove, tako i kod premještaja. Samo dobrom i iskrenom komunikacijom možemo držati pod kontrolom širenje multirezistentnih mikroorganizmima te ona, uz stručno znanje, ima važnu ulogu u prevenciji bolničkih infekcija, a poruke koje se prenose trebaju biti prilagođene onima kojima su namijenjene, pravovremene, provedive i s povratnim informacijama i ciljevima koji su mjerljivi i ostvarivi, na dobrobit svih sudionika i korisnika u zdravstvu.

LITERATURA

1. Coiera, E. in Tombs, V. (1998). Communication behaviors in a hospital setting: an observational study. *British Medical Journal*, 316, 673–676.
2. Edwards, R., Sevdalis, N., Vincent, C. i Holmes, A. (2012). Communication strategies in acute health care: evaluation within the context of infection prevention and control. *Journal of Infection Control*, 82, 25–29.
3. Farrugia, C. i Borg, M. A. (2012). Delivering the infection control message: a communication challenge, *Journal of Hospital Infection*, 80, 224–228.

4. Ong, M. S., Magrabi, F., Post, J., Morris, S., Westbrook, J., Wobcke, W. idr. (2013). Communication interventions to improve adherence to infection control precautions: a randomized crossover trial *BMC Infectious Diseases*, 13, 72–80.
5. Westbrook, J., Woods, A., Rob, M., Dunsmuir, W. i Day, R. (2010). Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Archives of Internal Medicine*, 170, 683–690.
6. Woloshynowych, M., Davis, R., Brown, R. i Vincent, C. (2007). Communication patterns in a UK emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 50, 407–413.

Zdravstveni delavci v sistemu zagotavljanja biobančništva popkovnične krvi

UDK 602.9+614.253

KLJUČNE BESEDE: popkovnična kri, biobančništvo, zdravstveni delavci, stališča

POVZETEK - Biobančništvo popkovnične krvi omogoča shranjevanje tkiva, bogatega z matičnimi celicami. Popkovnična kri se že uporablja za zdravljenje več kot 80 bolezni, med drugim veliko vrst rakavih obolenj, genskih in krvnih bolezni. Leta 2016 je bilo v svetovnem registru registriranih 158 javnih biobank iz 36 držav s 731.000 shranjenimi zamrznjenimi vzorci popkovnične krvi. Javna banka je namenjena shranjevanju altruistično darovanih vzorcev popkovnične krvi, kar pomeni, da so te enote namenjene za nesoro-dne transplantacije. Vse več je tudi zasebnih oz. družinskih bank, v katerih starši shranijo popkovnično kri za morebitno zdravljenje otroka ali ožjega družinskega člana. V Sloveniji deluje javna banka na Zavodu RS za transfuzijsko medicino, eno zasebno podjetje z laboratorijem za shranjevanje zamrznjenih vzorcev in podjetja, ki organizirajo shranjevanje v biobankah v tujini. V sistem zagotavljanja biobančništva popkovnične krvi so vpeti zdravstveni delavci različnih profilov, ki izvajajo različne postopke v kontekstu biobančništva, zlasti tisti v porodništvu, ki so neposredno odgovorni za odvzem popkovnične krvi. Zelo pomembna vloga zdravstvenih delavcev pa je tudi informiranje bodočih staršev, zato je zelo pomembno njihovo znanje kot tudi njihova stališča glede biobančništva popkovnične krvi. V prispevku so predstavljeni rezultati raziskave poznavanja in stališč zdravstvenih delavcev o biobančništvu popkovnične krvi.

UDC 602.9+614.253

KEY WORDS: cord blood, biobanking, healthcare workers, attitudes

ABSTRACT - Biobanking allows the storage of cord blood tissue, which is rich with stem cells. The cord blood is already being used to treat more than 80 diseases, including many types of cancer, gene and blood diseases. In 2016, 158 public biobanks from 36 countries were registered in the world register, with 731,000 stored frozen umbilical cord blood samples. The public biobank is intended for storing altruistic donated umbilical cord blood samples, which means that these units are intended for allogenic transplants. There are also more and more private family banks where parents store cord blood for eventual treatment of a child or a close family member. In Slovenia, there is a public bank at the Institute of Transfusion Medicine, a one private company with cryostorage facility and companies that organise storage in biobanks abroad. In the system for the provision of cord blood biobanking, healthcare professionals from different profiles, who carry out various procedures, are involved; in particular, obstetrics professionals, who are directly responsible for taking umbilical cord blood. An important role of healthcare professionals is also informing future parents. Therefore, their knowledge, as well as their views on the biobanking of umbilical cord blood is important. The paper presents the results of a study of the knowledge and attitudes of healthcare professionals about biobanking of umbilical cord blood.

1 Uvod

Popkovnična kri (PK) je postala sredi 90-ih let prejšnjega stoletja pomemben vir matičnih celic predvsem v smislu alogenske uporabe. Napredek na področju zdravljenja z matičnimi celicami prinaša v prihodnosti upanje za določene bolezni (Šimc, Strbad, Jež in Rožman, 2012). Zbiranje PK se naredi v roku 10 minut po rojstvu otroka. To je neinvazivna in neboleča metoda, ki se izvede takoj po prerezu popkovnice (Mohammed in El-Sayed, 2015).

Zbiranje PK v prvi vrsti izvajajo porodničarji, babice in medicinske sestre, ki so se izobraževale in usposabljevale na tem področju. Zdravstveni delavci so tudi zelo pomembni pri podajanju ustreznih informacij o shranjevanju PK.

1.1 Matične celice v popkovnični krvi

Matične celice so edinstvene, saj vodijo naravno zdravljenje in celjenje našega telesa skozi celotno življenje. Popkovnična kri je med najpogosteje uporabljenimi viri matičnih celic za zdravljenje. V času rojstva otroka se namreč v otrokovem krvnem obtoku ter placentni in PK nahaja razmeroma veliko število matičnih celic. Te ustrezajo matičnim celicam odraslih, način odvzema pa je bistveno manj invaziven. Popkovnična kri je bogata zlasti s krvotvornimi celicami in se že uspešno uporablja za zdravljenje. Popkovnična kri vsebuje malo mezenhimskih 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 z neinvazivnim postopkom (Rožman, Kregar Velikonja in Jež, 2013).

Kri se brez tveganj in bolečin za mati in otroka pridobi po porodu otroka, z odvzemom v posteljici in popkovnici preostale krvi. Tako pridobljene matične celice testirajo na različne parametre, kot so npr. infektivnost, kakovost, številčnost, nakar sledi zamrzovanje, temu pa shranjevanje v banki PK. Tako pripravljene matične celice iz PK so na voljo za kasnejše presaditve oziroma zdravljenje različnih bolezni (Wagner idr., 1996).

Prednosti popkovnične krvi glede na ostale vire matičnih celic, npr. kostni mozeg ali maščobno tkivo so (Swijnenburg idr., 2005):

- postopek pridobivanja je neinvaziven in neboleč tako za novorojenčka kot za mamo,
- matične celice popkovnične krvi lahko uporabijo tudi bližnji sorodniki darovalca, saj je tveganje za bolezen presadka proti gostitelju nižja kot pri ostalih virih matičnih celic,
- celice so stare komaj 9 mesecev in so tako najmlajši možen vir matičnih celic,
- nimajo še okoljsko pogojenih nakopičenih mutacij, ki jih dobimo med življenjem in epigenetskih sprememb povezanih s staranjem,
- matične celice iz popkovnične krvi manj pogosto povzročijo GvHD – akutno in kronično bolezen presadka proti gostitelju.

Slabost popkovnične krvi je, da je volumen popkovnične krvi in število matičnih celic v njej omejeno, vendar postopke za njihovo pomnoževanje uspešno razvijajo (Chaurasia idr., 2014).

Zaradi naštetih prednosti se število zdravljenj s hematopoetskimi matičnimi celicami iz popkovnične krvi iz leta v leto veča in število opravljenih transplantacij je bilo do leta 2014 več kot 35.000 (Munoz idr., 2014). Uporaba popkovnične krvi kot vira krvotvornih matičnih celic za transplantacijo se veča tudi glede na druge vire krvotvornih matičnih celic.

1.2 Biobančništvo popkovnične krvi: javne in zasebne banke

PK po odvzemu v porodnišnici shranjujejo v bankah PK. Banka PK je ustanova za celice in tkiva, ki zbira, obdeluje, shranjuje, dodeljuje in razdeljuje PK, namenjeno zdravljenju bolezni s presajanjem (Cukjati, Domanović in Rožman, 2013).

Za shranjevanje PK obstajata dve vrsti ustanov oziroma bank. Prva je javna banka, kjer mati novorojenčka daruje PK za nesorodnega prejemnika (za potencialno alogensko transplantacijo). Od odvzetih enot PK se v javno banko shranijo le tiste, ki izpolnjujejo stroge zahteve kakovosti (Cukjati idr., 2013). Druga je zasebna banka, kjer se shranjuje novorojenčkova PK za potencialno avtologno uporabo v njegovem življenju ali za njegove ožje sorodnike (Agarwal, 2006).

Od ustanovitve prve javne biobanke leta 1993 v New Yorku, se je shranjevanje popkovnične krvi uveljavilo v številnih državah. Kot navaja Peberdy idr. (2016) je bilo v letu 2016 v svetovnem registru registriranih 158 javnih biobank, iz 36 držav, s 731.000 shranjenimi zamrznjenimi vzorci popkovnične krvi. Mednje spada tudi slovenski Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino. Zaradi omejenih možnosti shranjevanja popkovnične krvi v javnih bankah in na drugi strani velikega zanimanja trga in prebivalstva se je pojavila potreba po ustanovitvi zasebnih biobank.

Popkovnično kri lahko shranimo v javni ali v družinski banki. Javna banka je namenjena shranjevanju altruistično darovanih vzorcev popkovnične krvi, kar pomeni, da so te enote namenjene za nesorodne transplantacije (alogensko uporabo). V družinski banki starši shranijo popkovnično kri za morebitno zdravljenje otroka ali ožjega družinskega člana. V nekaterih družinskih bankah je možno shraniti tudi druga tkiva, npr. popkovnico, ki je prav tako bogata z matičnimi celicami.

Glavna razlika med javnimi in družinskimi bankami celic je, da ima v družinski banki dostop do matičnih celic popkovnične krvi le njihov lastnik, pri darovanju matičnih celic javni banki pa so te dostopne vsem pacientom, ki ustrezajo kriteriju tkivne skladnosti (Martin idr., 2011).

V Sloveniji področje biobančništva ureja Zakon o kakovosti in varnosti človeških tkiv in celic, namenjenih za zdravljenje (Uradni list RS, št. 61, 2007). Vsaka ustanova, ki se ukvarja s shranjevanjem celic, namenjenih za zdravljenje, mora pridobiti soglasje Javne agencije za zdravila in medicinske pripomočke.

1.3 Potek odvzema popkovnične krvi in vloga zdravstvenih delavcev pri odvzemu in shranjevanju popkovnične krvi

Zagotavljanje shranjevanja PK je sestavljeno iz več postopkov: z anamnezo in pregledom darovalke dobimo informacijo o preteklih boleznih in sedanjem zdravstvenem stanju, nato nosečnica podpiše pisni pristanek. Kri darovalke se obvezno testira na prisotnost markerjev bolezni, ki se prenašajo s krvjo.

Placentno in PK zbirajo po porodu iz popkovnične vene. Porodničar, ki vodi porod, se med oziroma po porodu dokončno odloči, ali je odvzem PK primeren ali ne. Številni dejavniki lahko vplivajo na količino zbrane PK. Pri postopkih zbiranja in shranjevanja PK imajo v različnih zdravstvenih sistemih zdravstveni delavci različne pristojnosti.

V Sloveniji PK zbirajo babice s pomočjo punkcije v popkovnično veno v predhodno pripravljen set z vrečko, ki vsebuje antikoagulant. Babice so predhodno izobražene za odvzem PK s strani zdravstvenega tima v porodnišnici (Lecchi in Rebuta, 2004). V ZDA pa praktično zbiranje PK trenutno ni v domeni medicinske sestre. Vloga medicinske sestre pri zbiranju PK je priprava samega materiala za odvzem PK, označevanje sistema in vzorca, v nekaterih primerih tudi prebrizgavanje sistema s heparinom in po koncu odvzema PK pravilna priprava vzorca za transport (Abdullah, 2011).

V tem prispevku so predstavljena stališča zdravstvenih delavcev v preskrbi s popkovnično krvjo in njihovo poznavanje tega področja.

2 Metode dela

Z namenom proučevanja stališč zdravstvenih delavcev do biobančništva popkovnične krvi sta bili izvedeni dve raziskavi: raziskava med zdravstvenimi delavci, zaposlenimi v porodnišnici Ljubljana in na Zavodu RS za transfuzijsko medicino (v nadaljevanju 'raziskava ZTM+PL') (Vizlar, 2015) ter spletna anketa, ki je potekala v okviru projekta PKP 'Biobanka' in je targetirala tako strokovno kot tudi laično javnost (v nadaljevanju »spletna raziskava«) (Kregar Velikonja idr., 2017).

Obe anketi sta vsebovali demografska vprašanja, vprašanja o poznavanju shranjevanja popkovnične krvi, uporabnosti oz. potencialni uporabnosti matičnih celic ter o stališčih anketirancev v zvezi s shranjevanjem matičnih celic.

Prikazani podatki so obdelani s programom MS Excel.

Anketiranje zaposlenih na Zavodu RS za transfuzijsko medicino in Porodnišnici UKC Ljubljana (raziskava ZTM+PL) je potekalo od meseca januarja do meseca marca 2015. Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje obeh institucij. Podatke zaradi anonimnosti institucij prikazujemo skupno. 50 anketirancev je bilo iz ZTM RS, 50 anketirancev pa iz porodnišnice. Med anketiranci je bilo 85 % žensk in 15 % moških.

Vključeni so bili zdravstveni delavci različnih strok: srednje medicinske sestre/tehnički zdravstvene nege (37 %), višje medicinske sestre/višji zdravstveni tehniki (2 %), diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki (36 %), diplomirane babice/diplomirani babičarji (12 %) in doktorji medicine/zdravniki specialisti (13 %). Razdeljenih je bilo 110 anketnih vprašalnikov, vrnjenih je bilo 104, od tega so bile 4 ankete nepravilno ali nepopolno izpolnjene.

Obe navedeni ustanovi sta neposredno vpeti v sistem zagotavljanja shranjevanja popkovnične krvi. Kljub temu večina anketirancev (67 %) pri odvzemu ali shranjevanju PK ne sodeluje, 30 % jih sodeluje pri odvzemu in le 3 % anketiranih sodeluje pri shranjevanju PK.

V spletni raziskavi so v obdobju april 2017 – maj 2017 sodelovali 103 zdravstveni delavci, ki so zaposleni na različnih področjih zdravstva: kirurgija (12), interna medicina (7), ginekologija in porodništvo (3), pediatrija (4), splošna medicina (6), transfuzijska medicina (14) urgentni center (4), socialno-varstvene ustanove (10), laboratorijska

dejavnost (12), drugo (30). Med anketiranci jih ima največ univerzitetno ali visokošolsko izobrazbo (58), en ima osnovnošolsko izobrazbo, 23 srednjo šolo, 12 magisterij, 9 pa doktorat.

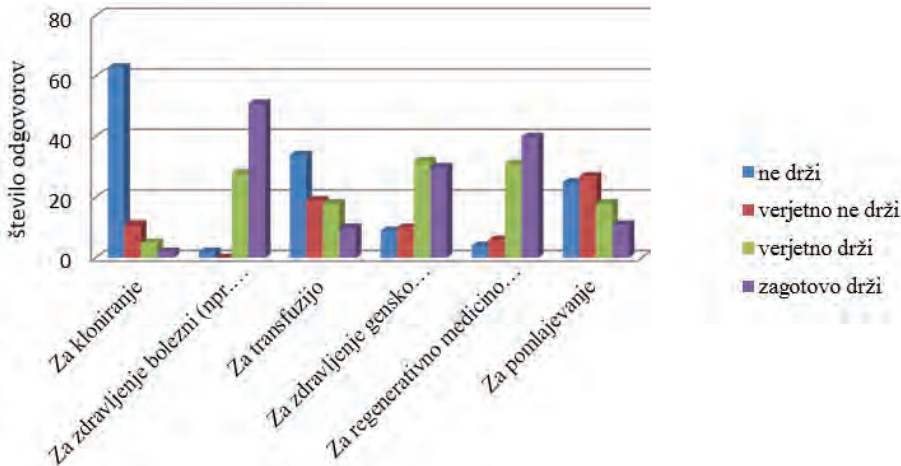
3 Rezultati

3.1 Znanje v zvezi s shranjevanjem in uporabo popkovnične krvi

Anketiranci v spletni raziskavi so svoje znanje o matičnih celicah ocenili na Likertovi lestvici (1: zelo slabo – 5: zelo dobro) s povprečno oceno 2,76. Med 28 tistimi, ki so svoje znanje ocenili z ocenama 4 ali 5 je kar 13 zaposlenih v transfuzijski dejavnosti in 7 v laboratorijski dejavnosti; med njimi prevladujejo anketiranci z višjo stopnjo izobrazbe in sicer jih ima 14 univerzitetno ali visokošolsko izobrazbo, 7 magisterij in 7 doktorat.

Glede potencialne uporabe matičnih celic iz popkovnične krvi jih največ meni, da jih shranimo za možnost zdravljenja določenih bolezni (npr. levkemije), za regenerativno medicino in za zdravljenje gensko pogojenih bolezni (Graf 1).

Graf 1: Analiza odgovorov na vprašanje za katero potencialno uporabo shranimo matične celice iz popkovnične krvi



Vir: Spletna raziskava, 2017.

Anketirani v raziskavi ZTM+PL menijo, da vedo (70 %) katere bolezni je mogoče zdraviti z matičnimi celicami iz PK, 30 % pa jih nima dovolj informacij o tem.

Anketiranci, ki so na zgornje vprašanje odgovorili z DA (70 %) so imeli podvprašanje »Katere bolezni je mogoče zdraviti z odvzetimi matičnimi celicami iz PK?« Med naštetimi boleznimi so bile največkrat omenjene levkemija in hematološke bolezni (54 odgovorov), rak ali onkološke bolezni (malignom, limfom, plazmacitom) (19 odgovorov), srčna obolenja (7 odgovorov), avtoimunske bolezni (5 odgovorov) in ostale

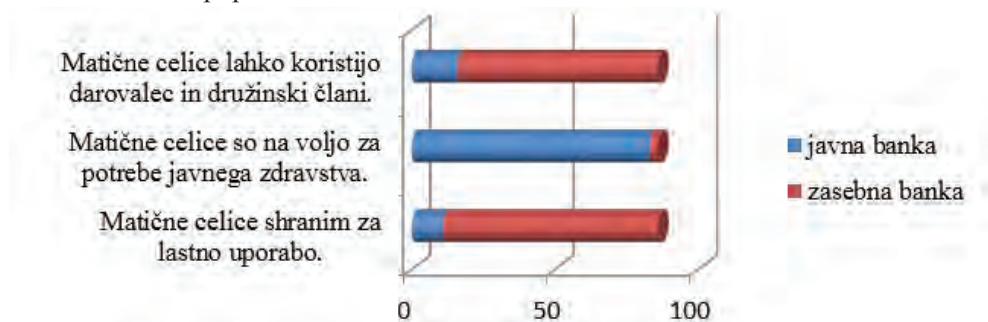
bolezni (dedne bolezni, mišična obolenja) (7 odgovorov). V 7 % anketiranci niso odgovorili na vprašanje ali na odgovor niso znali odgovoriti.

Večina (94 %) anketirancev v raziskavi ZTM+PL tudi meni, da pozna načine shranjevanja PK in le 6 % jih ne pozna. Kljub temu pa je na vprašanje »Ali menite, da bi znancu/znanki znali podati korektno informacijo o možnostih shranjevanja matičnih celic iz popkovnične krvi?« le 38 % anketirancev odgovorilo pritrdilno, 48 % anketirancev bi znalo le delno podati korektno informacijo in 14 % anketirancev meni, da ne bi znali podati korektnih informacij o možnostih shranjevanja popkovnične krvi.

Na vprašanje o razliki med javno banko in zasebno banko za shranjevanje PK je 41 % anketirancev podalo odgovor, da poznajo razliko med bankama, vendar jih 18 ni podalo podrobnejšega odgovora, 23 anketirancev pa je odgovorilo, da je razlika med javno in zasebno banko za shranjevanje PK v plačilu oziroma v financiranju, kar pa ni edina razlika (raziskava ZTM+PL).

V spletni raziskavi smo ponudili anketirancem konkretne odgovore, ki opisujejo razlike med javno in zasebno banko popkovnične krvi in odgovori anketirancev kažejo, da v večini razlike poznajo (graf 2).

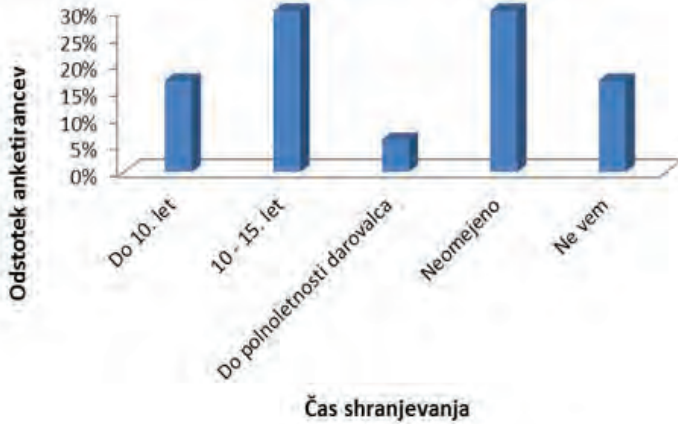
Graf 2: Analiza odgovorov na vprašanje kakšna je razlika med shranjevanjem v javni in zasebni banki popkovnične krvi



Vir: Spletna raziskava, 2017.

Pri bolj tehničnem vprašanju »Ali veste koliko časa so lahko shranjene matične celice iz popkovnične krvi?« pa je le 27 % anketirancev izbralo pravilni odgovor, da je čas shranjevanja teoretično neomejen (graf 3).

Graf 3: Analiza odgovorov na vprašanje »Ali veste koliko časa so lahko shranjene matične celice iz popkovnične krvi?«



Vir: Vizlar, P. (2015). Stališča medicinskega osebja o shranjevanju matičnih celic iz popkovnične krvi (Diplomska naloga). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.

Tudi v spletni raziskavi je za trditev »Čas shranjevanja celic je neomejen« večina anketirancev izbralo odgovor »ne drži« (25), 18 jih je izbralo odgovor »verjetno ne« medtem ko je odgovora »verjetno drži« in »zagotovo drži« izbralo le po 9 anketirancev.

3.2 Stališča anketirancev o shranjevanju in uporabi popkovnične krvi

Stališča zdravstvenih delavcev do shranjevanja v javni in zasebni banki niso enaka. V raziskavi ZTM+PL smo zastavili vprašanje, ali bi znancu/znanki svetovali shranjevanje matičnih celic iz PK: 33 % anketirancev bi svetovalo shranjevanje v javno banko, le 2 % shranjevanje v zasebno biobanko, 55 % anketirancev je izbralo odgovor »odvisno glede na okoliščine«, 10 % pa bi shranjevanje PK odsvetovalo (Graf 4).

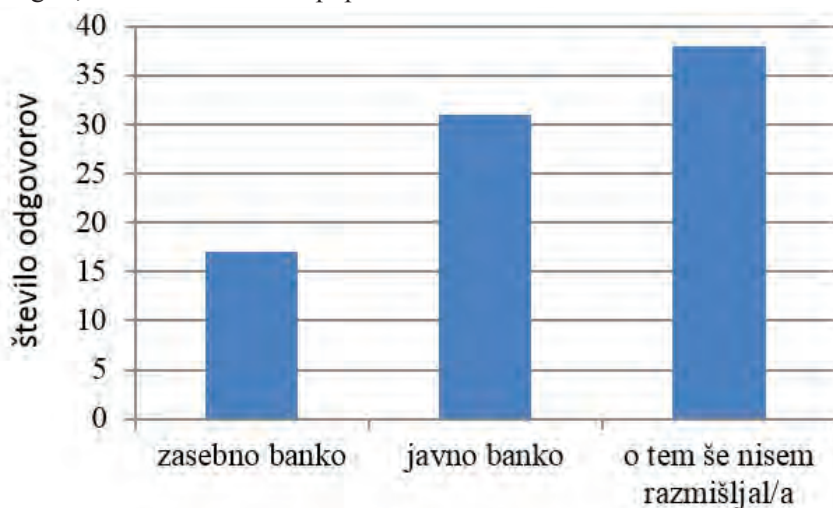
V spletni raziskavi smo ugotovili večjo naklonjenost shranjevanju v javni banki, vendar še vedno prevladuje mnenje, da bi se odločili za javno banko, večina anketirancev pa o tem še ni razmišljala (Graf 5).

Graf 4: Analiza odgovorov na vprašanje »Ali bi znancu svetovali shranjevanje matičnih celic iz popkovnične krvi?«



Vir: Vizlar, P. (2015). Stališča medicinskega osebja o shranjevanju matičnih celic iz popkovnične krvi (Diplomska naloga). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.

Graf 5: Analiza odgovorov na vprašanje »Za katero biobanko bi se odločili / bi svetovali drugim, če bi želeli shraniti popkovnično kri?«



Vir: Spletna raziskava, 2017.

Anketiranci spletne raziskave imajo v večini pozitiven odnos do shranjevanja in uporabe matičnih celic iz popkovnične krvi in na vprašanje »V kolikšni meri sprejemate ali nasprotujete shranjevanju in uporabi matičnih celic iz popkovnične krvi« v povprečju ocenjujejo z 4,13 (Likertova lestvica: 1- povsem nasprotujem; 5 - povsem sprejemam).

Da matične celice iz popkovnične krvi pripomorejo k uspešnosti zdravljenja nekaterih bolezni verjame po rezultatih raziskave ZTM+PL 53 % anketirancev, z nekaj pomisleki jih je 43 %. 4 % anketirancev meni, da uporaba matičnih celic iz popkovnične krvi ne doprinese k uspešnosti zdravljenja nekaterih bolezni (Graf 6).

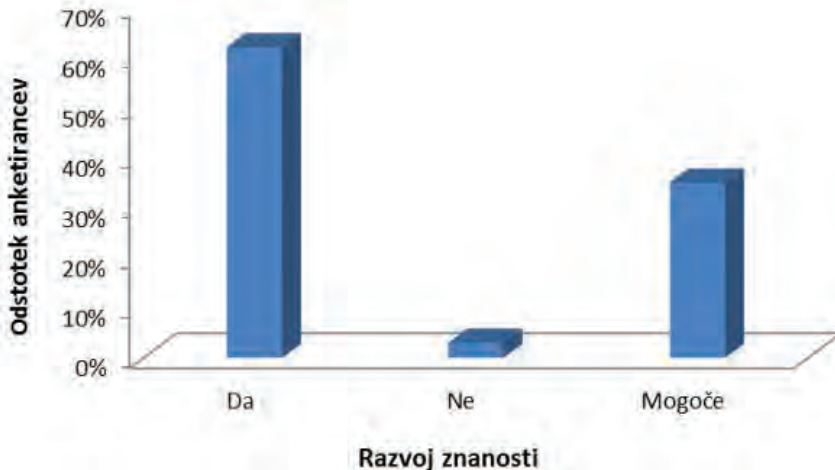
Graf 6: Analiza odgovorov na vprašanje »Ali verjamete, da matične celice iz popkovnične krvi pomagajo pri zdravljenju v primeru bolezni?«



Vir: Vizlar, P. (2015). Stališča medicinskega osebja o shranjevanju matičnih celic iz popkovnične krvi (Diplomska naloga). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.

Anketiranci raziskave ZTM+PL v večini menijo (62 %), da bo razvoj znanosti pokazal možnosti uporabe matičnih celic tudi za zdravljenje drugih bolezni (Graf 7).

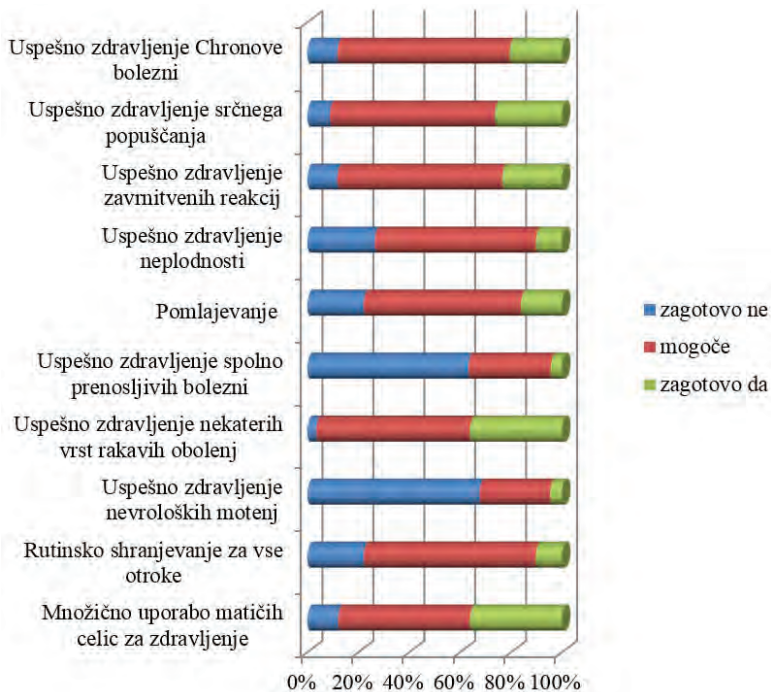
Graf 7: Analiza odgovorov na vprašanje »Ali menite, da bo razvoj znanosti pokazal možnosti uporabe matičnih celic tudi za zdravljenje drugih bolezni?«



Vir: Vizlar, P. (2015). Stališča medicinskega osebja o shranjevanju matičnih celic iz popkovnične krvi (Diplomska naloga). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.

V spletni raziskavi smo anketirance povprašali ali bo v naslednjih 25 letih razvoj omogočil zdravljenje konkretnih bolezni (Graf 8).

Graf 8: Odgovori anketirancev na vprašanje »Ali menite, da bo razvoj tehnologij za zdravljenje z matičnimi celicami v roku 25 let omogočil sledeče«



Vir: Spletna raziskava, 2017.

Največ zdravstvenih delavcev meni, da bo razvoj tehnologij v prihodnosti zagotovo oziroma je mogoče, da bo omogočil zdravljenje nekaterih vrst rakavih obolenj, pa tudi Chronove bolezni, srčnega popuščanja in zavrnitvenih reakcij. Prevlada mnenje, da bo uporaba matičnih celic za zdravljenje množična.

4 Razprava

Matične celice iz PK so tema, ki je v zadnjem četrtnem stoletju deležna povečane pozornosti tako strokovne kot laične javnosti, saj odpira številna vprašanja, predvsem pa upanja in pričakovanja za v bodoče. V to dogajanje je intenzivno vpeto tudi medicinsko osebje (zdravniki, člani timov zdravstvene nege, specialisti drugih področij), ki neposredno obravnava mater oz. družino bodočega otroka ali pa je vključeno v odvzem, obdelavo

ali shranjevanje matičnih celic iz PK. Namen raziskave je bil ugotoviti znanje in stališča zdravstvenih delavcev v zvezi s shranjevanjem popkovnične krvi.

Predstavljeni rezultati kažejo, da zdravstveni delavci v povprečju pravilno ocenjujejo, za katere potencialne namene shranjujemo popkovnično kri, prav tako večina pozna razlike med javno in zasebno banko. Malo anketirancev pa pozna tehnične značilnosti shranjevanja popkovnične krvi, npr. čas shranjevanja, ki je teoretično neomejen. Anketirani zdravstveni delavci v večini menijo, da matične celice lahko doprinesejo k zdravljenju določenih bolezni in da bo razvoj znanosti doprinesel k razvoju na tem področju. Stališča anketirancev so v prid shranjevanja matičnih celic v javnih bankah PK; večina bi z nancem svetovala shranjevanje v javni banki, čeprav le ta v času anketiranja ni sprejemala novih vzorcev.

Da lahko zdravstveni delavec poda pacientu informacije ali ga ustrezno napoti k pravi osebi, mora imeti širok nabor znanja o sodobnem načinu zdravljenja, matičnih celicah ter o načinu odvzema, shranjevanja in uporabi matičnih celic iz PK (Mohamed in El-Sayed, 2015). Medicinska sestra je za veliko večino pacientov zaupanja vreden vir informacij. Ne glede na vrsto izobrazbe medicinske sestre (diplomirana medicinska sestra, srednja ali višja medicinska sestra, tehnik zdravstvene nege), mora biti seznanjena s postopki in indikacijami za zdravljenje s PK in čutiti odgovornost, da napoti bolnika tja, kjer lahko dobi dodatne informacije (Abdullah, 2011).

5 Zaključek

Matične celice iz popkovnične krvi so zelo dragocene celice, ki so posamezniku na voljo samo enkrat v življenju, in to je ob porodu. Zdravstveni delavci na področju ginekologije in porodništva, pa tudi drugi zaposleni v zdravstvenem sistemu, od katerih bodoči starši pričakujejo kompetentne odgovore v zvezi z možnostmi shranjevanja popkovnične krvi, pogosto nimajo dovolj znanja, da bi le tem ponudili ustrezne odgovore. Ker je področje uporabe matičnih celic iz popkovnične krvi (pa tudi drugih vrst matičnih celic) še v razvoju, so pri svetovanju oz. informiranju poleg poznavanja dejstev pomembna tudi stališča zdravstvenih delavcev do shranjevanja popkovnične krvi in možnosti njene uporabe za zdravljenje. Zdravstveni delavec, ki ne pozna oz. ni prepričan o učinkovitosti uporabe matičnih celic pri zdravljenju različnih bolezni in nima pozitivnega stališča do biobančništva popkovnične krvi, le tega tudi ne bo svetoval potencialnim uporabnikom storitev.

Zahvala

Del rezultatov prispevka je bil pridobljen v okviru projekta Biobančništvo matičnih celic iz popkovnične krvi: ozaveščenost strokovne in laične javnosti ('Biobanka'), ki ga je v okviru razpisa 'Po kreativni poti do znanja' sofinanciral Javni štipendijski, razvojni, invalidski in preživninski sklad Republike Slovenije (št. pogodbe: 11081-19/2016). Avtorici se zahvaljujeva sofinancerju in vsem sodelujočim v projektu.

LITERATURA

1. Abdullah, Y. (2011). Cord blood banking: what nurses and healthcare providers should know. *American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36 (6), 344–350.
2. Agarwal, M. B. (2006). Umbilical cord blood transplantation: newer trends. *Journal of the Association of Physicians of India*, 54, 143–147.
3. Chaurasia, P., Gajzer, D. C., Schaniel, C., D'Souza, S. in Hoffman, R. (2014). Epigenetic reprogramming induces the expansion of cord blood stem cells. *J Clin Invest*, 124, 2378–2395.
4. Cukjati, M., Domanović, D. in Rožman, P. (2013). Pridobivanje in shranjevanje krvotvornih matičnih celic iz popkovnične krvi. V C. Gregorc (ur.), *Sodobni pristopi pri zdravljenju s krvjo, celicami in tkivi* (str. 13–18). Rogla: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziji, intenzivni terapiji in transfuziologiji.
5. Kregar Velikonja, N. idr. (2017). Biobančništvo matičnih celic iz popkovnične krvi-ozaveščenost laične in strokovne javnosti: zaključno poročilo o rezultatih projekta. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
6. Lecchi, L. in Rebulli, P. (2004). Cord blood banking and transplantation. V I. Bricl in N. Lampreht (ur.), *Transfuzijska medicina v porodništvu: 6. podiplomski seminar Zdravljenje s krvjo* (str. 106–112). Portorož: Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino.
7. Martin, P. L., Kurtzberg, J. in Hesse, B. (2011). Umbilical Cord Blood: A Guide for Primary Care Physicians. *Am Fam Physician*, 84, 661–666.
8. Mohammed, H. S. in EL-Sayed, H. A. (2015). Knowledge and attitude of maternity nurses regarding cord blood collection and stem cells: an educational intervention. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5 (4), 58–69.
9. Munoz, J., Shah, N., Rezvani, K., Hosing, C., Bollard, C., Oran, B., idr. (2014). Concise Review: Umbilical Cord Blood Transplantation: Past, Present, and Future. *STEM CELLS Translational Medicine*, 3, 1435–1443.
10. Peberdy, L., Young, J. in Kearney, L. (2016). Health care professionals' knowledge, attitudes and practices relating to umbilical cord blood banking and donation: an integrative review. *Velika Britanija: BMC Pregnancy and Childbirth*. Pridobljeno 20. 6. 2017, <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-016-0863-6?site=bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com>.
11. Rožman, P., Kregar - Velikonja, N. in Jež, M. (2013). Uporaba matičnih celic pri naprednem zdravljenju – celični terapiji, tkivnem inženirstvu in genski terapiji. V V. Flis (ur.), *Matične celice in tkivni inženiring v sodobni kirurgiji: 5. Črničevi dnevi* (str. 17–34). Maribor: Klinika za kirurgijo UKC Maribor in Katedra za kirurgijo Medicinske fakultete v Mariboru.
12. Swijnenburg, R. J., Tanaka, M., Vogel, H., Baker, J., Kofidis, T., Gunawan, F. idr. (2005). Embryonic stem cell immunogenicity increases upon differentiation after transplantation into ischemic myocardium. *Circulation*, 112, 1166–1172.
13. Šimc, M., Strbad, M., Jež, M. in Rožman, P. (2012). Zdravljenje z matičnimi celicam. *Zdravniški vestnik*, 81 (9), 634–644.
14. Vizlar, P. (2015). *Stališča medicinskega osebja o shranjevanju matičnih celic iz popkovnične krvi (Diplomska naloga)*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.
15. Wagner, E. J., Eapen, M., Carter, L. S., Haut, R. P., Peres, E., Schultz, R. K., Thompson, J., Wall A. D. in Kurtzberg, J. (2012). No survival advantage after double umbilical cord blood (UCB) compared to single UCB transplant in children with hematological malignancy: Results of the blood and marrow transplant clinical trials network (BMT CTN 0501) randomized trial. *Blood*, 120.

Obravnava nujnih stanj v zdravstvu – učenje s pomočjo simulacij

UDK 616-083.98+374.7

KLJUČNE BESEDE: simulacija, oživljanje, preizkusi znanja, kakovost v zdravstvu

POVZETEK - V prispevku preučujemo vpliv simulacij iz nujnih zdravstvenih stanj na končno znanje udeležencev tečaja iz obveznih vsebin z naslovom *Temeljni postopki oživljanja z uporabo AED*. Namen raziskave je bil ugotoviti, kako simulacije vplivajo na teoretično poznavanje vsebin iz temeljnih in dodatnih postopkov oživljanja odraslih in otrok. V raziskavi smo analizirali simulacije v zdravstvu in iskali prednosti, ki jih novi koncept učenja in usposabljanja v zdravstvu prinaša za profesionalce in paciente. Izhajali smo iz predpostavke, da je učenje in usposabljanje s simulacijami v zdravstvu uspešna metoda, s katero dvignemo nivo znanja pri izvajalcih v zdravstvu in tako zmanjšamo možnost nastanka varnostnih tveganj oz. napak v kliničnem okolju. V raziskavi ugotavljamo, da so udeleženci po simulacijah dosegli boljše rezultate kot pred njimi na področju sproščanja dihalne poti, pri ukrepanju ob popolni zapori dihalne poti, ocenjevanju dihanja, ocenjevanju dihanja pri dojenčku, oskrbi dihalne poti, izvajanju pravilne in kvalitetne masaže srca, pri pravilnem prepoznavanju motenj srčnega ritma, ki bodisi zahtevajo defibrilacijo ali ne, pri varni in pravilni uporabi AED-ja in poznavanju zdravil, ki se uporabljajo pri oživljanju.

UDC 616-083.98+374.7

KEY WORDS: simulation, resuscitation, knowledge test, quality in health care

ABSTRACT - In the article we study the impact of simulations of urgent medical conditions on the final knowledge of participants in the compulsory content course, entitled *The Fundamental Resuscitation Procedures Using AED*. The aim of the research was to determine how simulations influence the theoretical knowledge of the contents of basic and additional procedures in adult and child resuscitation. Within the research we were analysing simulations in health care, and searching for the advantages of the new concept of learning and training from which the professionals and patients could benefit. We assumed that learning and training with simulations is a successful method in health care, with which we increase the level of knowledge among healthcare providers, and thereby reduce the possibility of developing security risks and errors in the clinical environment. The research results show that better results were achieved by the participants after the accomplished simulations than prior to them, in the areas of respiratory tract release, complete respiratory tract obstruction, respiratory assessment, respiratory assessment in babies, respiratory tract treatment, implementation of the correct and quality cardiac massage, correct identification of heart rhythm disorders requiring defibrillation or not, as well as in the safe and correct use of AED and knowledge of medications used at resuscitation.

1 Teoretična izhodišča

Delo v zdravstveni dejavnosti zahteva poleg dobrega teoretičnega znanja tudi ustrezno praktično usposobljenost. Pogosto si zdravstveni delavci praktične izkušnje pridobivamo šele ob delu z ljudmi, ki potrebujejo našo pomoč (Koželj, Križmanić in Micetić Turk, 2005). Obravnava vitalno ogroženega pacienta je za zdravstveni tim zelo stresna izkušnja, saj se z njimi ne srečujejo vsakodnevno. Ker je delež vitalno ogroženih pacientov v osnovnem zdravstvu zelo nizek, je pomembno, da se zdravstveni timi nenehno izobražujejo, saj s tem pridobijo zaupanje v svoje znanje in sposobnosti, ter

tako zmanjšajo stres, ki nastane ob nudenju nujne medicinske pomoči pacientu, ki jo potrebuje. S tem zmanjšujejo tudi nastanek napak v klinični praksi.

Več raziskav ugotavlja, da zdravstveno osebje izkazuje pomanjkljivo znanje in ročne spretnosti pri nujni oskrbi, aplikaciji kisika, tekočinskem in elektrolitskem uravnavanju, analgeziji, etičnih vprašanjih, pulzni oksimetriji in odmerjanju zdravil. Izobraževanje zaposlenih je pomemben del uveljavljanja sistema, ki preprečuje srčni zastoj, vendar do danes primanjkuje randomiziranih raziskav, ki preučujejo vpliv specifičnih edukacijskih intervencij oz. posegov. Pri kritično bolnem oziroma poškodovanem pacientu pa zgodnja prepoznavna in zdravljenje življenjsko ogrožajočih stanj izboljša preživetje (Stockwell in Slonim, 2006). V kliničnem okolju so problematične predvsem intervencije, ki jih izvajalci ne izvajajo vsakodnevno, kot na primer nenadni srčni zastoj, ki je eden izmed vodilnih vzrokov smrti v Evropi in prizadene približno 55 – 113 ljudi na 100.000 prebivalcev oziroma 350.000 – 700.000 posameznikov letno. (Soar idr., 2015; Zideman idr., 2015; Perkins idr., 2015).

Število napak v teh primerih lahko zmanjšamo s pravilno pripravo zdravstvenega osebja na delo s pacientom z izkoriščanjem simulacij v zdravstvu. Zdravstveni tim, ki ni »doživel« v določenem časovnem obdobju intervencije »oskrbe vitalno ogroženega pacienta« slednje obnovi v simulacijskem centru (SIM centru), ki zelo spominja na realno klinično okolje.

2 Učenje s simulacijami v zdravstvu

Zaradi vse kompleksnejšega dela v zdravstvu je tako nujno potrebno kontinuirano izobraževanje. Dnevno namreč ugotavljamo, da velikokrat za kakovostno in profesionalno oskrbo uporabnikov ni dovolj pridobljena formalna izobrazba in znanje. Za večino situacij ob stiku z bolnikom se je nujno potrebno predhodno pripraviti, preden se s primerom ponovno soočimo. Na omenjene situacije se lahko uspešno pripravimo s pomočjo simulacij. Gre za varen, učinkovit in etičen način izobraževanja.

Shannon (1975) izraz »simulacija« opredeljuje kot proces oblikovanja modela realnega sistema in izvajanja poskusov s tem modelom z namenom razumevanja obnašanja sistema ali evalvacije različnih strategij za delovanje sistema.

O prednostih učenja s simulacijami govore mnogi avtorji, med drugim tudi Kalisch (2014), ki opisuje izboljšanje kvalitete dela v zdravstveni negi prav zaradi uporabe simulacij v izobraževanju. Raziskave kažejo, da lahko s simulacijami izboljšamo rezultate izobraževanja ter s tem praktično usposobljenost študentov zdravstvene nege (Roh in Lim, 2014). Ballangrud in sodelavci (2013) zagovarja, da z učenjem v SIM centru izboljšamo varnost pacientov. Georg in Zary (2014) opisujeta simulacije v obliki virtualnega pacienta, kateri omogoča povezovanje teorije s prakso. Simulacije nam omogočajo, da povežemo teoretično in praktično znanje, hkrati pa pri učečem spodbujajo kritičen način razmišljanja. Vse to pa nam omogočajo še preden pridemo v stik s pacientom v kliničnem okolju in nam tako dajo podlago za kvalitetnejšo in varnejšo delo s pacientom (Perkins, 2007). Učenje s pomočjo simulacij nam ponuja

varno učno okolje in možnost načrtovanja primernih učnih scenarijev brez etičnih dilem in ogrožanja pacientovega življenja (Vlahovič, 2007). Saaranen in sodelavci (2015) opisujejo simulacije v zdravstvu kot dragoceno orodje za učenje komunikacije tima med oskrbo vitalno ogroženega pacienta. Qayumi in sodelavci (2014) navajajo, da simulacije v zdravstvu pridobivajo vse večjo veljavnost kot izobraževalna metoda s katero povečujemo varnost obravnave pacientov. Dowson in sodelavci (2013) opisujejo boljše rezultate pri delu s skupino, ki je bila deležna izobraževanja s simulacijami v zdravstvu v primerjavi s kontrolno skupino. Mileder in sodelavci (2014) navajajo rezultate raziskave, ki potrjujejo uspeh učenja s simulacijami tudi v pediatriji. Pri izvajalcu se izboljšujejo kognitivne, tehnične in vedenjske spretnosti, prav tako pa pridobi tudi na samozavesti. Spretnosti pridobljene v simuliranem okolju, se lahko vključijo v klinično prakso, kar vodi tudi k izboljšanju varnosti pacientov in njihovega zdravja. Simulacije se vse pogosteje uporabljajo v zdravstvu z namenom ustvarjanja učnega okolja, v katerem lahko študentje razvijajo samozavest in vadijo praktične in nepraktične veščine (Kneebone, 2005; Cook idr., 2011; Eppich, Howard in Vozenilek v Curran, 2011; Motola idr., 2013).

Izobraževanje s simulacijami predstavlja priložnost, da brez škodovanja bolniku pridobivamo dodatna znanja in kompetence. Učenje vedno pričnemo v simulacijskem centru in za ekipo, ki napreduje v svojem znanju hitro organiziramo tako imenovane *In situ* simulacije. *In situ* simulacije so vrste simulacij, ki jih izvajamo v realnem kliničnem okolju. Udeleženci se med simulacijami nahajajo na svojem delovnem mestu in uporabljajo svojo medicinsko opremo. Tovrstna oblika simulacij omogoča identifikacijo napak, ki so skrite v sistemu obravnave bolnika. Omenjene napake med oskrbo bolnika lahko vodijo v neželene škodljive učinke, saj intervencije niso optimalne in se izgublja preveliko časa v postopkih, ki bi se morali izvajati tekoče, hitro in brez napak. Simulacije se kažejo kot dobra metoda za ocenjevanje strokovno tehnične usposobljenosti v klinični praksi. Ryall in sodelavci (2016) navajajo, da usposabljanje zdravstvenega osebja s simulacijami v zadnjih 20. letih strmo narašča. Prav tako Dowson in sodelavci (2013), ugotavljajo boljše rezultate pri delu s skupino, ki je bila deležna izobraževanja s simulacijami v zdravstvu v primerjavi s kontrolno skupino, ki simulacij ni bila deležna. Povzamemo lahko, da učenje s simulacijami nujnih stanj vsekakor vpliva na pravilno in kvalitetno obravnavo življenjsko ogroženega pacienta s strani zdravstvenih delavcev.

3 Metodologija

3.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je preučiti, kako simulacijsko poučevanje vpliva na teoretično poznavanje vsebin iz temeljnih in dodatnih postopkov oživljanja odraslih in otrok glede na pred in post test.

Cilji raziskave so ugotoviti:

- nivo teoretičnega znanja udeležencev na tečaju iz temeljnih in dodatnih postopkov oživljanja odraslih in otrok,
- vpliv simulacijskega poučevanja na končno teoretično poznavanja vsebin iz temeljnih in dodatnih postopkov oživljanja odraslih in otrok,
- vpliv izobrazbe udeležencev na teoretično poznavanje vsebin iz temeljnih in dodatnih postopkov oživljanja odraslih in otrok.

3.2 Hipoteze

Glede na prebrano literaturo smo oblikovali naslednje hipoteze:

- H1: *Med udeleženci usposabljanja iz temeljnih postopkov oživljanja in uporabe AED z različno izobrazbo obstajajo razlike v povprečnem številu doseženih točk na testu pred in po izvedenih simulacijah.*
- H2: *Simulacije v zdravstvu vplivajo na teoretično poznavanje vsebin, ki se nanašajo na temeljne postopke oživljanja z uporabo AED-ja.*
- H3: *Simulacije v zdravstvu vplivajo na končni rezultat preverjanja iz vsebin, ki se nanašajo na temeljne postopke oživljanja z uporabo AED-ja.*

3.3 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pri izdelavi prispevka smo uporabili kavzalno eksperimentalno metodo dela s študijem domače in tuje literature, ki smo jo iskali v naslednjih podatkovnih bazah: COBISS, CINAHL, Pubmed, MEDLINE. Uporabljene ključne besede so: simulacija (angl. simulation), oživljanje (angl. resuscitation), preizkus znanja (angl. knowledge test), kakovost v zdravstvu (angl. quality in health care). V empiričnem delu smo uporabili preizkus znanja, ki je v prvem delu vseboval vprašanja, ki so se nanašala na demografske podatke (spol in formalno dosežena izobrazba). Drugi sklop preizkusa znanje je vseboval 20 vprašanj zaprtega tipa. Zanesljivost omenjenega sklopa je (Cronbach $\alpha = 0,80$). V raziskavi je uporabljen nenaključen namenski vzorec z velikostjo 30 anketirancev. Raziskava je kvantitativnega in presečnega tipa. Pilotska študija ni bila izvedena.

3.4 Opis vzorca

Med udeleženci izobraževanja prevladujejo diplomirane medicinske sestre (33,3 %), kar je pričakovano, saj zakonodaja določa, da enkrat v sedmih letih opravijo izobraževanje s področja temeljnih postopkov oživljanja z uporabo AED, kar se šteje za obvezne vsebine za podaljšanje licence za samostojno delo v zdravstveni negi. Izobraževanja se je udeležilo še 6 pripravnikov za zdravstvene tehnike, 1 bolničar, 8 zdravstvenih tehnikov, 1 magistrica zdravstvene nege, 2 višji medicinski sestri in 2 diplomirana fizioterapevta.

3.5 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za statistično analizo podatkov smo uporabili računalniški program SPSS 20.0, grafična ponazoritev podatkov je prav tako izvedena s pomočjo računalniškega programa SPSS 20.0 in kontingenčnimi tabelami (crosstabs). Povprečne vrednosti, standardni

odklon in mediane vrednosti so bili izračunani z metodami deskriptivne statistike. Za ugotavljanje statistično pomembnih razlik med spremenljivkami smo uporabili T-test za parno primerjavo in ANOVA test.

4 Rezultati

Tabela 1: ANOVA med izobrazbeno strukturo udeležencev in povprečnim številom doseženih točk na testu pred in po simulacijah

| | | <i>F</i> | <i>Sig.</i> |
|----------------------------|----------------|----------|-------------|
| Število točk na pred testu | Between Groups | | |
| | Within Groups | | |
| | Total | ,836 | ,555 |
| Število točk na testu | Between Groups | | |
| | Within Groups | | |
| | Total | ,991 | ,454 |

Ob upoštevanju predpostavke o homogenosti varianc ($F = 1,870$, $g^1 = 4$, $g^2 = 23$, $\alpha = 0,150$; $F = 1,402$, $g^1 = 4$, $g^2 = 23$, $\alpha = 0,265$) je enosmerna analiza variance ANOVA med udeleženci izobraževanja s področja temeljnih postopkov oživljanja z uporabo AED in izobrazbeno strukturo pokazala, da ni statistično pomembnih razlik v povprečnem številu doseženih točk na testu pred izvedbo simulacij ($F = 0,836$; $\alpha = 0,555$) in povprečnem številu doseženih točk na testu po izvedbi simulacij ($F = 0,991$; $\alpha = 0,454$). Za vzorec lahko ugotovimo, da je na testu pred izvedbo simulacij najvišje povprečno število točk dosegla magistrica zdravstvene nege ($M = 9,0$), sledijo pripravniki ($M = 8,5$), višje medicinske sestre ($M = 8,0$), diplomirane medicinske sestre ($M = 7,0$), zdravstveni tehniki ($M = 5,75$), bolničar ($M = 4$) in nazadnje diplomirana fizioterapevta ($M = 2,50$). Po opravljenih simulacijah ugotavljamo, da se je povprečno število točk doseženih na testu pri vseh udeležencih z različno izobrazbeno strukturo bistveno izboljšalo. Vsi udeleženci izobraževanja so dosegli minimalno 70 % možnih točk. Ena izmed udeleženk pa je dosegla vse možne točke (100 %).

Hipotezo 1, ki pravi, da *med udeleženci usposabljanja iz temeljnih postopkov oživljanja in uporabe AED z različno izobrazbo obstajajo razlike v povprečnem številu doseženih točk na testu pred in po izvedenih simulacijah*, zavrnamo. Pripravniki so bili že deležni petih izobraževanj s področja nujnih stanj v enem mesecu. Vsem ostalim udeležencem je bilo to edino izobraževanje iz omenjenih vsebin v zadnjih šestih mesecih. Zato so pripravniki dosegli boljše rezultate na pred testu v primerjavi z ostalimi poklicnimi skupinami.

Tabela 2: T-test za parno primerjavo povprečno doseženih točk na testu pred in po izvedenih simulacijah

| | | <i>t</i> | <i>df</i> | <i>Sig.</i> |
|---------|--|----------|-----------|-------------|
| Pair 1 | Sprostitev dihalne poti | 7,077 | 29 | ,000 |
| Pair 2 | Ocenjevanje dihanja | 5,757 | 29 | ,000 |
| Pair 3 | Če dvomiš ali pacient diha normalno | 8,226 | 29 | ,000 |
| Pair 4 | Stisi prsnega koša | 4,097 | 29 | ,000 |
| Pair 5 | Masaža srca | 9,761 | 29 | ,000 |
| Pair 6 | Uporaba AED | 4,785 | 29 | ,000 |
| Pair 7 | Defibrilacija odraslega | 2,249 | 29 | ,032 |
| Pair 8 | Če nisi prepričan, da pacient ni v srčnem zastoju | 8,226 | 29 | ,000 |
| Pair 9 | Tujek - učinkovit kašelj | 2,971 | 29 | ,006 |
| Pair 10 | Tujek - neučinkovit kašelj | 6,595 | 29 | ,000 |
| Pair 11 | Katere motnje srčnega ritma je potrebno defibrilirati | 8,226 | 29 | ,000 |
| Pair 12 | Katere motnje srčnega ritma ni potrebno defibrilirati | 9,898 | 29 | ,000 |
| Pair 13 | Razloži kratico ABCDE | 3,525 | 29 | ,001 |
| Pair 14 | Razmerje masaže srca in ventilacije pri otroku starem 1 leto | 3,808 | 29 | ,001 |
| Pair 15 | Ocenjevanje dihanja pri 6 mesečnem otroku | 6,679 | 29 | ,000 |
| Pair 16 | Reanimacijska zdravila | 6,158 | 29 | ,000 |
| Pair 17 | Plevritična bolečina | 8,930 | 29 | ,000 |
| Pair 18 | Stenokardija | 5,757 | 29 | ,000 |
| Pair 19 | Pristop pri anafilaksiji | ,297 | 29 | ,769 |
| Pair 20 | Pacient je monitoriran in gre pred vami v VF, kako ukrepate | 4,474 | 29 | ,000 |

Vrednost T-testa za parno primerjavo je statistično pomembna. V eksperimentalni skupini se med povprečnim številom doseženih točk pred izvedbo simulacij in po izvedbi simulacij pojavljajo statistično pomembne razlike. S tveganjem manjšim od 0,1 % trdimo, da bi tudi v osnovni množici testiranci po simulacijah dosegli boljše rezultate kot pred njimi na področju sprostitve dihalne poti, ukrepanju ob popolni zapori dihalne poti, ocenjevanju dihanja, ocenjevanju dihanja pri dojenčku, oskrbi dihalne poti, izvajanju pravilne in kvalitetne masaže srca, pravilne prepoznavne motenj srčnega ritma, ki bodisi zahtevajo defibrilacijo ali ne, varne in pravilne uporabe AED-ja, poznavanja zdravil, ki se uporabljajo pri oživljanju. Prav tako bi znali razlikovati med pacientom, ki ima plevritično bolečino ali stenokardijo.

Vrednost T-testa za parno primerjavo ni statistično pomembna ($t = 0,297$, $g = 29$, $\alpha = 0,769$). V eksperimentalni skupini se med povprečnim številom doseženih točk pred izvedbo simulacij in po izvedbi simulacij ne pojavljajo statistično pomembne razlike. Podatkov ne moremo posplošiti na osnovno množico. Za opazovani vzorec lahko ugotovimo, da s simulacijami nismo dosegli ustreznega poznavanja pristopa k pacientu v anafilaksiji. Hipotezo 2, ki pravi, da *simulacije v zdravstvu vplivajo na teoretično poznavanje vsebin, ki se nanašajo na temeljne postopke oživljanja z uporabo AED-ja*, potrdimo.

Tabela 3: T-test za parno primerjavo pred in po izvedenih simulacijah

| | | Mean | Std. Deviation | t | df | Sig. (2-tailed) | N |
|--------|--------------------------|---------|----------------|---------|----|-----------------|----|
| Pair 1 | Število točk na pretestu | 6,7000 | 3,89651 | -15,002 | 29 | ,000 | 30 |
| | Število točk na testu | 17,1667 | 2,78027 | | | | 30 |

Vrednost T-testa za parno primerjavo je statistično pomembna ($t = -15,002$; $g = 29$; $\alpha = 0,000$). V eksperimentalni skupini se med povprečnim številom doseženih točk pred izvedbo simulacij in po izvedbi simulacij pojavljajo statistično pomembne razlike. S tveganjem manjšim od 0,1 % trdimo, da bi tudi v osnovni množici testiranci po simulacijah ($M = 17,16$) dosegli boljše rezultate kot pred njimi ($M = 6,70$). Hipotezo 3, ki pravi, da *simulacije v zdravstvu vplivajo na končni rezultat preverjanja iz vsebin, ki se nanašajo na temeljne postopke oživljanja z uporabo AED-ja*, potrdimo.

5 Razprava

Po analizi rezultatov ugotavljamo, da je na testu pred izvedbo simulacij najvišje povprečno število točk dosegla magistrica zdravstvene nege, sledijo pripravniki tehniki zdravstvene nege, višje medicinske sestre, diplomirane medicinske sestre, zdravstveni tehniki, bolničar in nazadnje diplomirana fizioterapevta. Omenjeni rezultat nas niso presenetili, kajti magistrica zdravstvene nege je tekom svojega študija bila deležna največ študijskih ur iz omenjenih vsebin, na drugi strani pa fizioterapevt omenjenim vsebinam posveča najmanj pozornosti. Dober rezultat pripravnikov tehnikov zdravstvene nege pripisujemo intenzivnemu izobraževanju iz vsebin TPO slednjih (40 ur izobraževanj s področja nujnih stanj v enem mesecu). Vsem ostalim udeležencem je bilo to edino izobraževanje iz omenjenih vsebin v zadnjih šestih mesecih. *Med udeleženci usposabljanja iz temeljnih postopkov oživljanja in uporabe AED z različno izobrazbo obstajajo razlike v povprečnem številu doseženih točk na testu pred in po izvedenih simulacijah.* Omenjeno hipotezo smo zavrnil, kar zagovarjata tudi Zafošnik in Grmek (2016), ki izpostavljata, da pri učenju v SIM centru dnevno ugotavljata, da velikokrat za kakovostno in profesionalno oskrbo uporabnikov ni dovolj pridobljena formalna izobrazba in znanje. Za večino situacij ob stiku z bolnikom se je nujno potrebno predhodno pripraviti. Strategije, ki jih lahko uporabljamo med usposabljanjem s simulacijami za lajšanje kognitivnih obremenitev, vključujejo uporabo praktičnih primerov, utrjevanje in scenarije oz. vaje, ki omogočajo udeležencem, da se seznanijo z določenim primerom (npr. nujnim stanjem) in opremo ter postopki, ki omogočajo razrešitev omenjenega problema. Prav tako morajo imeti udeleženci možnost interakcije z vsebino, ki smo jim jo predstavili, ker s tem omogočimo prenos informacij iz njihovega delovnega spomina v njihov dolgoročni spomin (Stefaniak in Turkelson, 2014).

Po opravljenih simulacijah ugotavljamo, da se je povprečno število točk doseženih na testu pri vseh udeležencih z različno izobrazbeno strukturo bistveno izboljšalo. Vsi udeleženci izobraževanja so dosegli minimalno 70 % možnih točk. Ena izmed

udeleženk pa je dosegla vse možne točke (100 %). Po simulacijah so udeleženci dosegli boljše rezultate kot pred njimi na področju sprostitve dihalne poti, ukrepanju ob popolni zaporu dihalne poti, ocenjevanju dihanja, ocenjevanju dihanja pri dojenčku, oskrbi dihalne poti, izvajanju pravilne in kvalitetne masaže srca, pravilne prepoznave motenj srčnega ritma, ki bodisi zahtevajo defibrilacijo ali ne, varne in pravilne uporabe AED-ja, poznavanja zdravil, ki se uporabljajo pri oživljanju. Prav tako so znali razlikovati med pacientom, ki ima plevritično bolečino ali stenokardijo. Tako smo lahko hipotezo 2 potrdili: *Simulacije v zdravstvu vplivajo na teoretično poznavanje vsebin, ki se nanašajo na temeljne postopke oživljanja z uporabo AED-ja.* Simulacije nam tako omogočajo, da povežemo teoretično in praktično znanje, hkrati pa pri učečem spodbujajo kritičen način razmišljanja. Vse to pa nam omogočajo še preden pridemo v stik s pacientom v kliničnem okolju in nam tako dajo podlago za kvalitetnejšo in varnejšo delo s pacientom (Perkins, 2007).

S tveganjem manjšim od 0,1 % trdimo, da bi tudi v osnovni množici testiranci po simulacijah ($M = 17,16$) dosegli boljše rezultate kot pred njimi ($M = 6,70$). Zaradi slednjega smo potrdili hipotezo 3: *Simulacije v zdravstvu vplivajo na končni rezultat preverjanja iz vsebin, ki se nanašajo na temeljne postopke oživljanja z uporabo AED-ja.*

O prednostih učenja s simulacijami govore mnogi avtorji, med drugim tudi Kalisch (2014), ki opisuje izboljšanje kvalitete dela v zdravstveni negi prav zaradi uporabe simulacij v izobraževanju. Raziskave kažejo, da lahko s simulacijami izboljšamo rezultate izobraževanja ter s tem praktično usposobljenost študentov zdravstvene nege (Roh in Lim, 2014). Dowson in sodelavci (2013) opisujejo boljše rezultate pri delu s skupino, ki je bila deležna izobraževanja s simulacijami v zdravstvu. Vadnais idr. (2012) v svoji raziskavi ugotavljajo, da so udeleženci (zdravniki) po simulacijah iz nujnih porodniških stanj pokazali boljše znanje in komfortnost, ki pa je začelo upadati pred iztekom enega leta po opravljenih simulacijah. Po enem letu so usposabljanje ponovili in ugotovili, da ponovitev simulacij prinaša dodatne koristi. Zaključujejo, da učenje s simulacijami lahko vodi h kratkoročnim in prispeva k dolgoročnemu izboljšanju objektivne stopnje znanja in samozavesti pri reševanju občasnih vendar kritičnih porodniških nujnih stanj. Vsekakor lahko zaključimo, da omenjene ugotovitve lahko prenesemo tudi na področje nujnih internističnih stanj, saj gre nenazadnje pri vseh nujnih stanjih iz različnih področji za enako oz. podobno začetno oskrbo kritično obolele osebe (ABCDE pristop).

6 Sklep

Učenje s pomočjo simulacij je tako v Sloveniji, kot tudi v svetu v polnem razmahu, vendar je potencial, ki ga te sodobne učne metode ponujajo v Sloveniji še vedno premalo izkoriščen. Učenje s pomočjo simulacij prinaša mnoge prednosti: ustvarimo lahko veliko različnih scenarijev, tudi takšnih, ki se v realnem kliničnem okolju redko zgodijo; scenariji se lahko po težavnosti prilagodijo predhodnemu znanju učečemu; lutke reagirajo na aktivnosti zdravstvenega tima, kot bi reagiral pravi človek; simula-

cije so dobra priprava na stres, ki zdravstvene delavce čaka v delovnem okolju; pomagajo nam pri rasti samopodobe in zaupanja vase in v naše sodelavce; omogočajo nam pretvorbo pridobljenega teoretičnega znanja v praktične veščine; simulacijski centri, kjer poteka usposabljanje spominjajo na realno okolje v bolnišnici; zmanjša se možnost za neželene dogodke v kliničnem okolju in poenoti in standardizira delo za vse člane tima. Kot opazamo, uporaba simulacij v zdravstvu kot sodobna učna metoda prinaša številne prednosti pred klasično metodo učenja. Nasploh nam omogoča kvalitetnejše in hitrejše pridobivanje znanja, saj lahko na tak način usvojimo psihomotorične sposobnosti že pred samim vstopom v klinično okolje, kar pomeni manjše tveganje za pacienta in za nas. Z uporabo simulacij se izognemo etičnim in moralnim tveganjem, ki jih za nas predstavlja učenje neposredno ob pacientu v kliničnem okolju.

LITERATURA

1. Ballangrud, R., Hall Lord, M. L., Hedelin, B. in Persenius, M. (2014). Intensive care unit nurses' evaluation of simulation used for team training. *Nursing in critical care*, 19 (4), 175–184.
2. Dowson, A., Russ, S., Sevdalis, N., Cooper, M. in De Munter, C. (2013). How in situ simulation affects paediatric nurses' clinical confidence. *British journal of nursing*, 22 (11), 610–617.
3. Georg, C. in Zary, N. (2014). Web-based virtual patients in nursing education: development and validation of theory-anchored design and activity models. *Journal of medical Internet research*, 16 (4), 105.
4. Kalisch, B. J., Aegersold, M., McLaughlin, M., Tschannen, D. in Lane, S. (2015). An intervention to improve nursing teamwork using virtual simulation. *Western journal of nursing research*, 37 (2), 164–179.
5. Koželj, T., Križmanič, M. in Micetić Turk, D. (2005). Akutna stanja (Zbornik predavanj). Maribor.
6. Mileder, L. P., Urlesberger, B., Szyld, E. G., Roehr, C. C. in Schmölzer, G. M. (2014). Simulation-based neonatal and infant resuscitation teaching: a systematic review of randomized controlled trials. *Klinische Pädiatrie*, 226 (5), 259–267.
7. Motola, I., Devine, L. A., Chung, H. S., Sullivan, J. E. in Issenberg, S. B. (2013). Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. *Medical Teacher*, 35 (10), 1511–1530.
8. Perkins, G. D. (2007). Simulation in resuscitation training. *Resuscitation*, 73 (2), 202–211.
9. Qayumi, K., Pachev, G., Zheng, B., Ziv, A., Koval, V., Badieli, S. in Cheng, A. (2014). Status of simulation in health care education: an international survey. *Advances in medical education and practice*, 5, 457–467.
10. Roh, Y. S. in Lim, E. J. (2014). Pre-course simulation as a predictor of satisfaction with an emergency nursing clinical course. *International journal of nursing education scholarship*, 11 (1), 83–90.
11. Ryall, T., Judd, B. K. in Gordon, C. J. (2016). Simulation-based assessments in health professional education: a systematic review. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 9, 69–82.
12. Saaranen, T., Vaajoki, A., Kellomäki, M. in Hyvärinen, M. L. (2015). The simulation method in learning interpersonal communication competence-Experiences of masters' degree students of health sciences. *Nurse education today*, 35 (2), 8–13.
13. Shannon, R. E. (1975). *Systems Simulation: The Art and Science*. New Jersey: Prentice-Hall Englewood Cliffs.
14. Stefaniak, J. E. in Turkelson, C. L. (2014). Does the sequence of instruction matter during simulation?. *Simulation in Healthcare*, 9 (1), 15–20.
15. Stockwell, D. C. in Slonim, A. D. (2006). Quality and safety in the intensive care unit. *Journal of Intensive Care Medicine*, 21 (4), 199–210.

16. Vadnais, M. A., Dodge, L. E., Awtrey, C. S., Ricciotti, H. A., Golen, T. H. in Hacker, M. R. (2012). Assessment of long-term knowledge retention following single-day simulation training for uncommon but critical obstetrical events. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 25 (9), 1640–1645.
17. Vlahovič, D. (2007). Učenje s simulacijami. V Š. Grmec in D. Kupnik (ur.), *Akutna stanja, znamenja, simptomi, sindromi, diferencialna diagnostika in ukrepanje* (str. 305–308). Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, center za nujno medicinsko pomoč in reševalne prevoze.
18. Zafošnik, U. in Martinjaš, T. G. (2016). Training in simulation center – severely sick child. V R. Vajd in M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina – izbrana poglavja* (str. 315–317). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.

Poklicna identiteta učiteljev in zdravstvenih delavcev

UDK 331.54:37+614.2

KLJUČNE BESEDE: identiteta, učitelji, zdravstveni delavci

POVZETEK - Vsak mlad človek ima izoblikovana stališča, na katerih bo osnoval svojo poklicno pot. Na ta stališča vplivajo dotedanje izkušnje, izobraževalni sistem, znanje in spretnosti. Prevladujejo pa tudi dejavniki, kot so naloge, ki jih bo moral opravljati, oblika njegovega dela, plača, motivacija. Posameznik nenehno oblikuje svojo osebno in tudi poklicno identiteto. S pomočjo vrednot in norm učitelji in zdravstveni delavci oblikujejo svojo samopodobo in nadaljnjo poklicno pot. Napačno je razmišljanje, da je pri odraslem človeku identiteta za vedno oblikovana in da odrasli ne doživljajo krize identitete. Res je, da je v tej dobi trdneje oblikovana, vendar težave nastopijo vsakokrat, ko si mora človek zaradi sprememb v lastnem življenjskem okolju nenehno zagotavljati občutek in zavest kontinuitete. Velikokrat pa se na svoji poti sreča z ovirami, ki jih oblikuje družba. Zaradi feminizacije in s tem zmanjšane samopodobe in samozavesti delavcev v obeh poklicih je vrednost njihovega dela zmanjšana in včasih tudi razvrednotena že z njihove strani, pa tudi s strani širše družbe.

UDC 331.54:37+614.2

KEY WORDS: identity, teacher, healthcare professional

ABSTRACT - Every young person develops certain positions, on which they establish their career. These positions are influenced by the outgoing experiences, educational system, knowledge, and skills. Additionally, some dominating factors are also tasks that they will have to carry out, the forms of their work, money, and motivation. Individuals continually develop their personal and professional identity. With the help of values and norms, teachers, as well as healthcare workers, develop their self-esteem and further their careers. It is wrong to think that identity of an adult is completely formed and that adults do not experience identity crises. The fact is, that in adults, identity is more strongly developed, but problems arise whenever a person, due to changes in their own living environment, needs to constantly provide the feeling and consciousness of continuity. Many meet with obstacles, formed by the society. Due to the feminisation and, consequently, the reduced self-esteem and self-confidence in both professions, the value of our work is reduced, and sometimes undermined by ourselves and the society at large.

1 Uvod

Poklicno identiteto posameznik razvija že v obdobju otroštva in mladostništva, ki je povezano z odnosom, zgledi in besedami drugih oseb. Na ta način oblikujejo svoj jaz, svojo identiteto, šele v obdobju odraslosti pa lahko kritično vrednotijo in smiselno oblikujejo svojo poklicno identiteto. Posameznik nenehno gradi svojo identiteto v skladu z zahtevami svojega poklica. Od posameznika je pomembno, kako bo svojo poklicno vlogo oblikoval na osnovi nenehnih sprememb ter dejavnikov iz okolja. Izpopolnjevat se mora tako na poklicni, kot na osebni ravni.

Posameznik nenehno oblikuje svojo osebno in tudi poklicno identiteto. S pomočjo vrednot in norm tako učitelji, kot zdravstveni delavci oblikujejo svojo samopodobo in nadaljnjo poklicno pot. Napačno je razmišljanje, da jem pri odraslem človeku identiteta za vedno oblikovana in hkrati, da odrasli ne doživljajo krizo identitete. Res

je, da je v tej dobi trdneje oblikovana, vendar težave nastopijo vsakokrat, ko si mora človek zaradi sprememb v lastnem življenjskem okolju nenehno zagotavljati občutek in zavest kontinuitete.

Velikokrat pa se na svoji poti srečajo z oviram, ki jih oblikuje družba. Zaradi feminizacije in posledično zmanjšane samopodobe in samozavesti prisotnih pri obeh poklicih, je vrednost našega dela zmanjšana in včasih tudi razvrednotena s strani nas samih in tudi v širši družbi.

2 Identiteta

Izraz identiteta je izpeljana iz latinske besede *idem*, kar pomeni isto. Samopodoba in identiteta predstavljata osrednjo duševno strukturo osebnosti. Pomeni tisto, kar včasih imenujemo »jaz« (Škerbinek, 2000). Predstava o samemu sebi je bistvenega pomena pri oblikovanju svojega življenja. Ker svojo samopodobo gradimo že od otroštva je še kako pomembno, da v vseh obdobjih sodelujejo elementi, ki krize, s katerimi se nenehno soočamo sproti rešujemo. Torej kot vidimo je za človeka pomembno dejstvo, da se posameznik izoblikuje postopno, ruši in nenehno sestavlja samopodobo skozi življenje. Oblikovanje identitete pa je rezultat socialne interakcije in samooblikovanja, kot tudi dojemanje sebe kot duhovnega bitja s telesom jaza (Musek, 1993).

»Identiteta je neločljivo povezana s socialnimi interakcijami med ljudmi, z medsebojnimi pripisovanji, pričakovanji in vsakdanjimi dejavnostmi, v katerih posameznik oblikuje in doživlja svojo življenjsko zgodbo kot povezano in smiselno celoto« (Hozjan, 2006, str. 126).

Identiteto torej posameznik razvije na podlagi interakcij z drugimi ljudmi. Način, kako pa vidimo samega sebe je običajno posledica naših odnosov z drugimi in odgovor drugih na naša pričakovanja ali dejanja. Oblikovanje identitete posameznika je velikokrat v veliki meri nedokončno. Vsak trenutek našega bivanja moramo strmeti, da na osnovi norm, vrednost in pričakovanji drugih oblikujemo svojo osebnost, ki nas bo povezovala z ostalimi ljudmi in našim delom.

Naša identiteta se, kot smo dejali kaže med ljudmi. Velikega pomena pa ima pri naši poklicni, profesionalni poti. Preko opravljanja določenega poklica se kažejo naše sposobnosti in spretnosti. Da lahko dobro opravljamo poklic, za katerega smo »poklicani«, moramo vložiti veliko truda in samega sebe.

3 Poklic

Poklic je tip dela, ki ga opravlja posameznik in je opisan predvsem na podlagi znanj, spretnosti in sposobnosti ter zmožnosti, ki so zanj potrebne. Poklic lahko razlagamo s tremi predpostavkami (Hozjan, 2006):

- Occupation – objektivno določljiv tip dela, ki ga nekdo opravlja (nižje ovrednoteni poklici)

- Vocation – oblikovanje posameznih osebnih lastnosti, ki so potrebne za oblikovanje poklicne dejavnosti (obrtiške stroke)
- Profession – vključuje socialno priznano kvalifikacijo, razvite so določene kompetence in označuje delo, ki ga opravlja posameznik (poklic z večjim družbenim statusom).

Poklic je plačano delo za preživetje na eni strani, na drugi strani, pa je oblika samorealizacije, oziroma samorazvoja. Že slovenski izrek poklic kaže na, poklicanost, posvečenost poklicnega dela (Pahor, 2004).

Posameznik nenehno gradi novo identiteto in jo prestrukturira v skladu z zahtevami, ki izhajajo iz opravljanja poklicne dejavnosti. Če pogledamo oblikovanje mrežne poklicne identitete, ugotovimo, da poklicna izobrazba in usposobljenost posamezniku ne ponujata konstantnih rešitev v vsakem položaju, ampak je temeljni problem, kako posameznik prilagaja svojo poklicno vlogo različnim spremembam in se odziva na različne dejavnike iz okolja.

Če želi posameznik ohraniti stik s trendi na poklicnem področju, se mora nenehno izpopolnjevati ne samo na poklicni, ampak tudi na osebni ravni. Vidimo torej, da je za posameznika še kako pomembno, da si mora pridobiti znanje, da bo lahko opravljal svoj poklic. Na ta način oblikuje tako osebno, kot tudi poklicno identiteto, katera so smisel posameznika skozi vse življenje.

3.1 Poklicna identiteta

Poklicna identiteta je povezana s številnimi elementi, ki spremljajo delo posameznika, delovnimi nalogami, izdelki, sredstvi, s sodelavci in z delovnim okoljem. Seveda pa ne moremo mimo vrednot ter normami, ki naj bi jih imel izoblikovanih vsak posameznik. Vse to pa se prične z znanjem, ki ga običajno pridobimo s formalnim izobraževanjem. Posameznik v procesu izobraževanja oblikuje vrednote, norme, vedenjske vzorce bodočega delovnega okolja, poklica.

Razvoj poklicne identitete poteka v okviru izobraževanja. Reakcije učiteljev, mentorjev in zaposlenih v kliničnem okolju, kjer so učenci okrepijo ali zmanjšajo njihovo identifikacijo z bodočim poklicem. Poklicna identiteta se torej v veliki meri izoblikuje v socialnih interakcijah (Pahor, 2004).

Razvoj identitete ne poteka vedno po naprej zastavljeni poti, velikokrat tudi mimo izobraževalnih načrtov. Za posameznika je danes zelo pomembna identifikacija s poklicem, ki ga opravlja. V času velikih gospodarskih kriz in velike brezposelnosti, se to kaže v obliki osebnostnih kriz (Govekar - Okoliš in Ličen, 2008). Nenehno obnavljanje poklicne identitete odrasli oblikujemo z nenehnim izobraževanjem, usposabljanjem.

Da to posameznik lahko počne mora imeti visoko motiviranost in tudi vedoželjnost. Velikokrat pa zaradi vse večjih vsakodnevnih sprememb v poklicih za posameznika predstavljajo po eni strani velik izziv, po drugi strani pa zmedo v o lastni identiteti, predstavi o sebi.

Vloga poklicne identitete se je v človeški zgodovini nenehno spreminjala. Ta zgodovinska pot je še danes pomembna za razumevanje različnih poti zaposlovanja. Pavlin

(2007) navaja, da so za posameznika pomembni trije elementi, kako delovati v svojem poklicu:

1. Posamezniki se identificirajo s svojim poklicem, ki ga opravljajo, z delovno organizacijo, v kateri so trajneje zaposleni.
2. Posamezniki so se sposobni udeležiti in prilagoditi spremembam pri delu (individualizem). Posameznik je motiviran za stalno učenje ter strmi k timskemu delu.
3. Posamezniki gledajo na svoje delo bolj kot na kompromis, kot pa na idealno situacijo.

Poklicno identiteto torej lahko razumemo, kot način delovanja posameznika, skladno s pričakovanimi normami družbe.

Raziskava, z naslovom »Upravljanje poklicnega znanja kot podlaga za izbiro izobraževalnih poti s poudarkom na naravoslovno tehničnih poklicih«, izvedena leta 2006, s strani FDV, Univerze v Ljubljani, je pokazala, da poklicno identiteto krepimo s seminarji, tečaji, branjem literature ter s pomočjo elektronskega orodja. Poklicno identiteto nikoli ne zaključimo s formalnim izobraževanjem, temveč moramo svoje znanje nenehno nadgrajevati ter posodabljati. Takšen način delovanja je za posameznika lahko velika naložba za njegovo ustvarjalno življenje, hkrati pa večja verjetnost, da bomo s svojim delom zadovoljni in srečni.

Nikakor pa ne moremo mimo dejstva, da je pomembno, da zaposlimo posameznika, ki ima ustrezno formalno izobrazbo, ki pa jo nenehno dopolnjuje z zgoraj navedenimi dejstvi (Pavlin, 2007).

3.2 Učiteljeva poklicna identiteta

Pri opredeljevanju poklica se prepletajo različni notranji in zunanji dejavniki, kot so ugled v družbi, osebni dohodek, dobre delovne razmere. Seveda pa ne moremo mimo osebnih vrednot, kot so norme, vedenje in oblikovanje etičnih stališč (Valenčič Zuljan in Vogrinc, 2007). Vzgojno-izobraževalni cilji, programi, svetovanje so oblikovalni elementi identitete šolskega pedagoga. Učitelj si v skladu s svojo izobrazbo, znanji, usposobljenostjo, okoliščinami sam oblikuje lastno identiteto.

Na oblikovanje in razvoj poklicne identitete oziroma na posameznikovo lastno oceno dela bodo vplivali predvsem medsebojni odnosi na delovnem mestu in v sami organizaciji. Na pozitiven razvoj identitete posameznika vplivajo tudi demokratski odnosi, timsko delo, uspešno sodelovanje z nadrejenimi in podrejenimi, možnosti sodelovanja pri odločanju (Hozjan, 2006). Oblikovanje poklicne identitete učitelja je pogojeno predvsem z njegovega praktičnega delovanja in prenosom teoretičnega znanja v vzgojno-izobraževalni proces. Učiteljevo teoretično znanje je usmerjeno k praktično usmerjenemu pristopu. Tu se naslanjamo na učiteljevo intuicijo in odmik od teoretičnih spoznanj (Marentič - Požarnik, 1993).

Na razvoj trdne poklicne identitete učitelja vplivata dve obdobji. Prvo obdobje se oblikuje v času priprave učitelja na samo delo (vnaprejšnja poklicna socializacija). Za to obdobje je značilno, da poleg vodene priprave in načrtnega razvoja kompetenc za učiteljevo delo ves čas poteka tudi nenačrtovano in ne vodeno oblikovanje poklicne samopodobe, kot učitelj. Drugo obdobje se začne, ko posameznik začne s pedagoš-

kim delom, kot pripravnik, ali pa samostojen izvajalec pedagoške dejavnosti. V tem obdobju se izpopolnjuje in nadgrajuje učiteljev strokovni razvoj (Muršak, Javrh in Kalin, 2011).

Poklicna identiteta ne temelji na predpisanih vzorcih obnašanja in znanj, ampak je potrebno strmeti k notranjim nagibom posameznika. Lastnosti posameznika se razvijajo ob samem delu na delovnem mestu, ko se vključi v delovno okolje in na takšen način prične svojevrstno identifikacijo in razvoj poklicne identitete (Medveš in Muršak, 1993). Poklicna identiteta nastaja, se razvija, združuje posameznike, ki opravljajo enak poklic in jih hkrati ločuje od drugih poklicnih skupin. Posamezniku omogoča prilagoditev in iskanje svoje vloge znotraj izbranega poklica (Hozjan, 2006).

3.3 Poklicna identiteta zdravstvenih delavcev

Poklicna socializacija bodočih zdravstvenih delavcev je hkrati tudi osebni razvoj medicinske sestre.

Sedanja poklicna identiteta medicinskih sester je še v veliki meri določena s tradicionalnimi vrednotami preteklosti, ko se je zdravstvena nega izpostavila kot pomožna dejavnost, usmerjena na zdravnike, bolj kot na bolnike in v delovanje telesa, bolj kot v celotno obravnavo oseb z zdravstvenimi težavami (Pahor, 2004). Raziskava z naslovom Poklicna identiteta slovenskih medicinskih sester (Škerbinek, 2000), je prikazala podatke, da ima slovenska medicinska sestra, zdravstveni tehnik o sebi dobro poklicno identiteto, vendar jo zna slabše izražati navzven. To pa se kasneje odraža v nezadovoljstvu posameznika s svojo karierno potjo. Mnenja sem, da vse to izhaja iz zgoraj navedenega dejstva, da je poklic medicinske sestre v veliki meri tradicionalno oblikovan ter, da bo potrebno še veliko dokazovanj stroke pri oblikovanju profesije. Ob tem pa se bo dokazana nizka samopodoba medicinske sestre zvišala in obogatila.

3.4 Razvoj poklicne identitete zdravstvenih delavcev

Za razvoj poklicne identitete je pomembno, kakšna je poklicna referenčna skupina, v katero pride študent ali novo zaposleni. Skupina je lahko nosilec izredno ozkih norm ali je toliko zaprta, da odklanja nove člane in jim ne omogoča vstopa. Lahko jim daje takšne povratne informacije, ki mu ne omogočajo oblikovati realne predstave o sebi. Lahko je nesprejemljiv do novosti in stagnira. Hkrati pa je lahko nosilec negativnih vrednot ali neustreznih norm.

Odgovorna medicinska sestra in ostalo zdravstveno osebje naj bi zagotovili prijazen, naklonjen in razumevajoč odnos do študentov. Na ta način razvijamo zaupanje in dajemo študentom občutek psihične varnosti (Urbančič, 1997). Medicinska sestra pa mora v prvi vrsti vedeti zakaj želi opravljati omenjeni poklic. Bodoči zdravstveni delavec naj bi imel v sebi zavestni motiv, kot je težnja pomagati drugim, pridobivati znanje za poklic, vzpostavljati ljubezen do dela (npr. otrok). Mora pa imeti tudi podzavestni motiv. Skozi čustva ljubezni in pozornosti daje posamezniku občutek varnosti, razvoj osebnosti ...

Novembra 2010 sem v SB Novo mesto med 100 medicinskimi sestrami izvedla raziskavo z naslovom Profesionalno delovanje medicinskih sester in zdravstvenih teh-

nikov in spoštovanje pacientovega dostojanstva, ter med ostalimi podatki dobila tudi primerljiv podatek, da je izvajalec zdravstvene nege s svojim delom, na delovnem mestu zadovoljen, vendar premalo osredotočen na razvoj svoje poklicne ter osebne identitete. Kot smo navedli pa je gradnja pozitivne samopodobe delavca pri tem bistvenega pomena in kar bo potrebno organizirano oblikovati.

3.5 Vpliv učne baze na poklicno identiteto zdravstvenih delavcev

Tako kot je delo učitelja povezano s poudarkom na praktičnim potrjevanjem posameznika, je tudi za bodoče zdravstvene delavce velikega pomena vključevanje v neposredno učno ustanovo. To je pomembno že na začetku vzpostavljanja poklicne identitete posameznika. Za delo medicinske sestre je še kako pomembno, da se v zgodnjem obdobju sooči z elementi skupinskega sodelovanja, odločanja in odgovornosti. Vse to pa lahko posameznik z dobrim vodenjem in seveda z »zdravim« kolektivom pridobi le ob samem praktičnem delu.

Če poteka priprava na poklicno delo v šoli, mora to vlogo izpolniti s svojim učnim delom in s svojo socializacijsko močjo šola sama. Šolsko delo omogoča sistematično pridobivanje znanja, nauči intelektualnih spretnosti in v veliki meri omogoča splošno osebni in intelektualni razvoj učencev. Vprašanje pa je v kolikšni meri je možno v šoli izoblikovati poklicno identiteto in koliko lahko razvije takšne lastnosti, ki jih zahteva sodobna in neposredna praksa, kot so: skupinska identiteta, občutek pripadnosti kolektivu, skupini, skupinska in individualna odgovornost. Te lastnosti v šolskih pogojih težko dosežemo (Medveš in Muršak, 1993).

3.6 Poklicna identiteta učiteljev in zdravstvenih delavcev

Oba poklica vsebujeta eno nit oblikovanja poklicne identitete. Oba gradita svojo kvaliteto na osnovi norm, etičnih vrednot ter ljubezni do dela.

Sistem izobraževanja je grajen na osnovi kvalitetno zastavljenih ciljev, izoblikovati kvalitetne in usposobljene ljudi. Za oba poklica pa je tudi značilno, da so nosilci stroke ženske. Tako v šolstvu, kot v zdravstvu so moški v vlogi vodje, ženske pa v vlogi izvajanja dela.

Vpliv razvrednotenja strokovnega znanja in intenzifikacije se pojavlja na področju in v institucijah, kjer so večinoma ženske. Posledice tega se kažejo tudi na ravni osebnih dohodkov zaposlenih in v povečanju nadzora od zunaj. Zdi se, da za učiteljski poklic velja negativna selekcija zato, ker je feminiziran in ima vse značilnosti, ki so v zgodovinski tradiciji pripadali ženskemu delu: neugleden, slabo plačan poklic, potreba po ubogljivosti, ponižnosti in hvaležnosti. Iz tega sledi, da so »nižja« delovna mesta in poklici rezervirani za ženske, na višji oziroma bolj ovrednotenih pa dominirajo moški (Apple, 1992).

Vsa ta spoznanja lahko apliciramo na oba omenjena poklica. Razvoj poklicne identitete mora biti stalna skrb in odgovornost vseh akterjev. To velja predvsem zato, ker se poklici nenehno spreminjajo, v njegovem doživljanju, pogledu drugih, kot tudi v sami vsebini dela.

Mnenja smo, da se profesionalizacija poklica, kot tudi spoštovanje poklica ni razvila v tolikšni meri, kot bi si zaposleni tako v šolstvu, kot v zdravstvu zaslužili, ravno na račun prisotnosti feminizacije in zgodovinskih dejstev.

Pomen poklicne identitete je tako za poklic učitelja, kot za poklic zdravstvenega delavca v veliki meri poenotena in strmi k enotnim ciljem. Pomembno je, da se razvoja lotimo sistematično ter z ustreznimi institucionalnimi podporami. Z vseživljenjskim izobraževanjem ter osebno zrelostjo lahko s svojega poklica »izbrišemo« pečat preteklosti.

4 Zaključek

Vsebina oblikovanja poklicne identitete za učitelje in zdravstvene delavce je v veliki meri zelo enotna. Vzpostavitev poklicne identitete bolj kot kdaj koli prej temelji na pričakovanjih, učenju in opravljanju poklicnega dela. Delo postaja vse bolj kompleksno, kateremu mora strmeti sam izobraževalni načrt. Pomembno pri tem pa je, da se morata tako stroka, kot praksa približati in delovati enotno. Preteklost nam dobro nakazuje, da še nismo prišli do točke, kjer bi šla teorija in praksa »z roko v roki«.

Oblikovanje identitete postaja kontinuiran socializacijski proces, ki poteka vse življenje, kot trajno učenje s periodičnimi posledičnimi spremembami in preoblikovanji.

Kot smo v uvodu zapisali, se naša osebna identiteta oblikuje že v otroštvu in se nadaljuje skozi vse življenje. Pomembno pri tem pa je, da se izobraževalni sistem nenehno vključuje v oblikovanje posameznika v zrelo in odgovorno osebnost. Pomembno je tudi, da celotna družba strmi k pomembnosti oblikovanja vrednot in norm, ki so še kako pomembne pri »soustvarjanju sveta«, kljub temu, da se v današnjem času srečujemo z drugačnimi predpostavkami in zahtevami.

Pri oblikovanju poklicne identitete učiteljev, kot tudi zdravstvenih delavcev je pomembno, da bi z znanjem in kvalitetno opravljenim delom preoblikovali zgodovinsko mišljenje o pomembnosti obeh poklicev.

Naša naloga torej je, da z dobrimi študijskimi programi ter vseživljenjskim učenjem preoblikujemo družbeno mišljenje ter pokažemo našo profesijo avtonomno ter primerljivo z ostalimi poklici.

LITERATURA

1. Apple, M. W. (1992). Šola, učitelj in oblast. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
2. Govekar - Okoliš, M. in Ličen, N. (2008). Poglavlja iz andragogike. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
3. Hozjan, D. (2006). Poklicna identiteta pod lupo strukturalnega funkcionalizma. Ljubljana: Državni izpitni center.
4. Marenčič - Požarnik, B. (1993). Kako se učijo učitelji? Kognitivni pogled na učiteljev profesionalni razvoj in posledice za izobraževanje učiteljev. Vzgoja in izobraževanje, 1, 13–15.
5. Muršak, J., Javrh, P. in Kalin, J. (2011). Poklicni razvoj učiteljev. Ljubljana: Filozofska fakulteta

Ljubljana.

6. Musek, J. (1993). Znanstvena podoba osebnosti. Ljubljana: Educy.
7. Pahor, M. (2004). Poklicna identiteta medicinskih sester, kot vseživljenjski projekt. V R. Trampuž (ur.), *Kakovost zdravstvene nege – Kako jo prenesti v prakso* (str. 30–36). Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica.
8. Pavlin, S. (2007). Vloga znanja pri profesionalizaciji poklicev. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
9. Škerbinek, A. L. (2000). Poklicna identiteta slovenskih medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 34, 11–15.
10. Urbančič, K. (1997). Oblikovanje poklicne identitete študentov zdravstvene nege in pomen praktičnega pouka v vzgojno izobraževalnem procesu. *Obzornik zdravstvene nege*, 31, 35–44.
11. Valenčič - Zuljan, M. in Vogrinc, J. (2007). Izzivi mentorstva. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Digitalizacija zdravstvene nege z avtomatsko določitvijo kategorizacije

UDK 616-083:004.9

KLJUČNE BESEDE: elektronsko beleženje, zdravstvena nega, medicinske sestre, kategorizacija, kvalitativno raziskovanje

POVZETEK - Elektronsko beleženje opravljenih aktivnosti v procesu digitalizacije zdravstvene nege je aktualen trend pri racionalizaciji stroškov in povečevanju varnosti pacientov na področju zdravstvene nege. Z elektronskim beleženjem in kasnejšo avtomatsko določitvijo kategorizacije zdravstvene nege se lahko poveča doslednost evidentiranja opravljenega dela in zdravstveno osebje razbremeni dodatnega administrativnega dela. V prispevku prikažemo, da se dvigovanje kakovosti v procesu zdravstvene nege lahko načrtuje šele takrat, ko je opravljeno delo dosledno evidentirano in evalvirano na preučevanem področju. Namen prispevka je raziskati pogled na elektronsko beleženje opravljenih aktivnosti in avtomatsko določitev kategorizacije zdravstvene nege osebja. Predstavimo tudi nekatere ugotovitve raziskovalcev iz kliničnega okolja, njihove znanstvene dokaze in dobre izkušnje. Na osnovi rezultatov kvalitativne raziskave med vodji zdravstvene nege ugotovimo, da bi avtomatsko določanje kategorizacije na podlagi sprotnih vpisov opravljenega dela v procesu zdravstvene nege bistveno pripomoglo k natančnejšemu in enotnemu določanju kategorizacije zdravstvene nege pri posameznem pacientu.

UDC 616-083:004.9

KEY WORDS: electronic recording of nursing activities, nurse, categorisation, qualitative research

ABSTRACT - Electronic recording of activities carried out in the process of digitalisation of nursing care is a current trend of costs rationalisation and increase of the patients' safety in the field of nursing care. The aim of electronic recording and subsequent automatic determination of the categorisation of nursing care is to increase the consistency of recording the performed work, and to relieve the healthcare staff of additional administrative work. In the article, we emphasise that raising quality in the nursing process can only be planned when the work performed is consistently recorded and evaluated in the study area. The purpose of this paper is to examine the aspect and view on the electronic recording of the performed activities, and automatic determination of nursing care categorisation of staff, responsible for determining the categorisation of nursing care. We also present some findings of researchers from the clinical environment, their scientific evidence, and examples of good practice. According to the results of a qualitative research among health care leaders, we can conclude that automated categorisation, based on the actual entries in the nursing process, would significantly contribute to a more precise and uniform determination of the categorisation of nursing care with a particular patient.

1 Uvod

Vse delovne organizacije oziroma javno zdravstvene ustanove, kjer se izvaja kategorizacija pacientov želijo z določitvijo kategorizacij prikazati pomen pravilnega načrtovanja kadrovanja, tako kvantiteno kot tudi kvalitetno. Zaradi želje po učinkoviti rabi finančnih sredstev v zdravstvenem sektorju na nacionalnem nivoju in bolj varne obravnave pacienta, je aktualen trend v zdravstvu racionalizacija stroškov in hkrati povečevanja varnosti pacientov na področju zdravstvene nege. Pri uvajanju sprememb, pa se ravno na račun racionalizacije stroškov lahko zgodi, da je varnost pacientov manjša ali celo ogrožena.

Storitve so namreč podlaga za obračun zdravstvene nege. Izpolnjeni morajo biti pogoji kriterijev iz »Meril za razvrščanje pacientov po zahtevnosti zdravstvene nege za uvrstitev v eno od kategorij zdravstvene nege«. Zdravstvenonegovalni kader sam razvršča paciente in oskrbovance v posamezno kategorijo zdravstvene nege. Razvršča jih glede na zahtevane medicinskotehnične posege s strani zdravnika, ki jih zdravstveno stanje pacienta zahteva, ter zahtevnosti zdravstveno negovalnih postopkov, ki jih določa vodja zdravstveno negovalne službe. Slednji vodi oziroma zagotovi vodenje ustreznih zapisov v zdravstveno dokumentacijo, ki vključuje tudi vse podatke o spremembah v zahtevnosti nege po oskrbovancih in po dnevih. Obračun temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji, navodila za evidentiranje in obračunavanje zdravstvenih storitev pa opredeljuje ZZZS (Navodilo ZAE, pridobljeno 15.11.2017 s <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/582652BB-77669CC8C125812800489B23?OpenDocument>).

Zavarovalnice torej izplačujejo zneske na podlagi določitve kategorizacije zdravstvene nege in opravljenih storitev v zdravstveni negi. V Sloveniji imamo dokument »Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (Klančnik-Gruden idr., 2011), ki kategorizacije zdravstvene nege jasno opredeljuje. Pojavi pa se problem, ker dokumenta za pravilno kategorizacijo medicinske sestre ne poznajo dovolj dobro. To seveda zmanjšuje transparentnost določanja kategorizacije in ravno zato prihaja do odstopanj pri kategorizaciji. Razvoj digitalizacije v zdravstveni negi mora zato poleg avtomatskega beleženja izvedenih aktivnosti v zdravstveni negi najti rešitev tudi za avtomatsko določitev kategorizacije zdravstvene nege.

2 Teoretična izhodišča

Elektronskemu beleženju opravljenih aktivnosti v procesu zdravstvene nege bi lahko iz vidika digitalizacije oziroma digitalnega izvajanja zdravstvene nege rekli kar sodobna zdravstvena nega. Poleg racionalizacije stroškov in povečevanja delovne uspešnosti pa omogoča uporaba avtomatske določitve kategorizacije, ravno zaradi doslednega in natančnega beleženja pravočasno opravljenih aktivnosti v skrbi za pacienta tudi večjo/boljšo varnost le teh.

2.1 Kategorizacija zdravstvene nege

Kirst s sod. (1999, v Bregar in Klančnik Gruden, 2009) pravi, da je določitev kategorizacij in s tem opredelitev ter določitev potreb po povečanju števila delavcev v zdravstveni negi za stroko velikega pomena.

Že Florence Nightigale je razvrščala paciente v kategorije, vendar je to delela intuitivno. Rzvrsčala jih je po obsegu oziroma intenzivnosti zdravstvene nege, kot je to sama imenovala. Sredi prejšnjega stoletja so pričeli izvajati kategorizacijo le na podlagi ležalne dobe pacientov. Železnikova (2003, v Bregar in Klančnik Gruden, 2009) pravi, da določitev kategorizacij glede na ležalno dobo pacienta ni dovolj in da je ta določitev preveč široka in posplošena. Že Sermeus in Epping (1997) pravita, da bi to

pomenilo, da je težavnost zdravstvene nege skozi ves čas trajanja hospitalizacije v bolnišnici neodvisna od vrste bolnišnice ali oddelka oziroma stanja pacienta.

Štih (2011) pravi, da se je kategorizacija pacientov začela že v šestdesetih letih prejšnjega stoletja in se je do danes zelo razvila ter izpopolnila. Tako danes poznamo že več kot 1000 kategorizacijskih sistemom razdeljenih na prototipske in faktorske sisteme. Protostipski temeljijo na opisnih značilnostih bolnikov, faktorski pa ocenjujejo posamezne potrebe bolnika po zdravstveni negi.

V Sloveniji je bila 15. decembra 2004 sprejeta metoda kategorizacije bolnikov kot sestavni del bolniške prakse, s katero se je za posameznega pacienta stopnja oziroma kategorija zahtevnosti zdravstvene nege zanj določa vsak dan znova. Zapisali so, da je dnevno ugotavljanje kategorizacije zahtevnosti zdravstvene nege sestavni del negovalne oziroma zdravstvene dokumentacije bolnika (Klančnik Gruden idr., 2011).

2.2 Digitalizacija zdravstvene nege in kategorij zdravstvene nege

Dvigovanje kakovosti v procesu zdravstvene nege se lahko načrtuje šele takrat, ko je opravljeno delo dosledno evidentirano in evalvirano na proučevanem področju. Že pred leti, se je tudi v Sloveniji začelo z elektronskim beleženjem aktivnosti zdravstvene nege. Na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto, so se v letu 2015 v okviru projekta »e-beleženje zdravstvene nege neposredno v bolniški sobi« ukvarjali z elektronskim beleženjem zdravstvene nege in prišli do zaključka, da je s tovrstnimi projekti treba nadaljevati tudi v prihodnje. V študijskem letu 2016/2017, so na isti Fakulteti razvijali projekt naprej (Laznik idr., 2017).

Kot pravi sodelujoča v projektu »Digitalizacija kot orodje spremljanja kazalnikov kakovosti bolnišnične zdravstvene nege« in hkrati tudi mentorica študentom v samem kliničnem okolju, gospa Mirt, je bilo evidentiranje storitev v obliki e-beleženja odlično že v projektu, ki ga je Draginc (2016) z naslovom »E-beleženje zdravstvene nege neposredno v bolniški sobi« koordinirala že v študijskem letu 2015/2016. Za nadaljnji razvoj programa je bila to odlična podlaga in bi v nadaljevanju bilo treba zdaj le razviti program za avtomatsko določanje kategorizacije ZN. Mirt dodaja, da bi »z razvojem tovrstnega programa bile evidenca in kasnejša evalvacija zdravstvene nege natančnejša, dosledna in časovno razvidna«. Pravi tudi, »da je nepoznavanje pogojev za določitev kategorizacij med medicinskimi sestrami še vedno precej velik problem, zaradi česar same kategorizacije niso vedno pravilne« (Laznik idr., osebna komunikacija, junij 2017).

V Sloveniji nekatera IT podjetja pripravljajo in so tudi že razvila programe za elektronsko beleženje opravljenih aktivnosti zdravstvene nege. Za nakup se zavodi sicer še ne odločajo v veliki meri, kjer pa program imajo, ga pohvalijo. Ti programi pa za zdaj ne vključujejo avtomatskega določanja kategorizacij zdravstvene nege, zato smo želeli raziskati to področje, ter v kliničnem okolju preveriti, kaj si o tem mislijo delavci, ki kategorizacijo trenutno določajo še ročno oziroma glede na poznavanje dokumenta »Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege« (Klančnik - Gruden idr., 2011).

3 Metodologija

Namen raziskave je spoznati, kako poteka razvoj in nadgradnja digitalizacije zdravstvene nege z avtomatsko določitvijo kategorizacije. Preučiti želimo vpliv procesa digitalizacije na področje dela v zdravstveni negi in raziskati možnosti izboljšav v smislu poenostavljanja evidentiranja in nadzora opravljenega dela. Raziščemo mnenje strokovnjakov s področja ZN ter drugih strokovnjakov o digitalizaciji in elektronskem beleženju aktivnosti zdravstvene nege ter avtomatski določitvi kategorizacije. Da bi pri izvedbi raziskave prišli do želenih podatkov, smo v prvi fazi raziskovanja opravili pilotsko študijo v obliki manjše kvalitativne preliminarne raziskave. Namen te pilotske študije je ugotoviti, kateri so osnovni problemi izvedbe tega raziskovanja ter jih v primeru, da se izkažejo pomembni, odpraviti. Na osnovi te preliminarne kvalitativne študije bomo v nadaljevanju izvedli širšo kvalitativno raziskavo.

Kvalitativno raziskovanje izvedemo tako kot ga definira Mesec (1998). Raziskavo, pri kateri sestavljajo temeljno izkustveno gradivo, zbrano v raziskovalnem procesu, besedni opisi ali pripovedi in v kateri je to gradivo tudi obdelano in analizirano besedno. Glavni cilj celotne raziskave je, da izvemo kako poteka razvoj in nadgradnja digitalizacije zdravstvene nege z avtomatsko določitvijo kategorizacije ter kakšen je vpliv procesa digitalizacije na področje dela v zdravstveni negi.

V preliminarni fazi smo želeli raziskati kako poteka digitalizacija zdravstvene nege z avtomatsko določitvijo kategorizacije. Zastavili smo naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kako poteka razvoj in nadgradnja digitalizacije zdravstvene nege z avtomatsko določitvijo kategorizacije,
2. kakšen vpliv ima digitalizacija po mnenju intervjuvancev na kakovost dela v zdravstveni negi,
3. kakšno je mnenje medicinskih sester in drugih strokovnjakov o digitalizaciji in elektronskem beleženju aktivnosti zdravstvene nege ter avtomatski določitvi kategorizacije?

3.1 Opis instrumenta

Podatke smo pridobili z uporabo delno strukturiranih intervjujev oz. polstrukturiranih intervjujev, ki so le delno pripravljene vnaprej. Pri teh pripravimo spisek tem in nekaj vprašanj vnaprej, vendar pa je njihova konkretna izvedba prilagojena situaciji in toku pogovora. Posamezna vprašanja oblikujemo med intervjujem. Vrste podatkov, pridobljene s takim intervjujem, se lahko od intervjuja do precej razlikujejo (nekatera vprašanja ob izvedbi izpustimo, nekatera vprašanja pa dodamo) (Rodica, 2013).

Pred izvedbo so bila vnaprej pripravljena vprašanja odprtega tipa, med intervjujem pa so bila postavljena tudi dodatna vprašanja, ki so temeljila na podani vsebini intervjuvanca. Izhodiščna vprašanja, ki jih je bilo deset, so bila zasnovana splošno in so bila oblikovana na osnovi pregledane znanstvene in strokovne domače in tuje literature ter uporabljena za potrebe raziskave za namen projekta, z naslovom »Digitalizacija zdravstvene nege z avtomatsko določitvijo kategorizacije«. Primer vodilnega vprašanja za

intervjuvance: Kako vi osebno gledate na proces digitalizacije na področju zdravstvene nege in vpliv te na vaše osebno delo?

S soglasjem intervjuvanega strokovnjaka ter vodij medicinskih sester, strokovno povezanih s področjem digitalizacije in elektronskim beleženjem aktivnosti zdravstvene nege in s soglasjem v okviru institucij v JV Sloveniji, so bili v okviru raziskave izvedeni poglobljeni intervjuji na podlagi v naprej pripravljenih dveh delno strukturiranih opomnikov. Predloga obeh delno strukturiranih opomnikov za poglobljen intervju je bila predhodno pregledana s strani strokovnjakov z znanji s področja obravnavanega problema in je bila pripravljena za izvedbo poglobljenih intervjujev. Intervjuvane osebe so odgovarjale na zastavljena vprašanja glede na delno strukturiran opomnik za poglobljene intervjuje.

3.2 Opis vzorca

Vzorec je bil namenski. V preliminarni fazi smo opravili intervju s strokovnjakom za tehnično podporo na področju razvoja in digitalizacije ter vodij medicinskih sester, strokovno povezanih s področjem digitalizacije in elektronskim beleženjem aktivnosti zdravstvene nege. Vse štiri intervjuvane osebe imajo izkušnje oziroma so strokovno povezane s področjem digitalizacije in elektronskim beleženjem aktivnosti zdravstvene nege ter avtomatski določitvi kategorizacije.

Delno strukturirane intervjuje, katerih rezultate predstavljamo v nadaljevanju, smo izvedli v drugi polovici leta 2017. Intervjuvane osebe so ženskega in moškega spola.

3.3 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred izvedbo intervjujev smo izbranemu vzorcu udeležencev poslali prošnjo, v kateri smo se predstavili, jih seznanili z raziskavo in jih prosili za udeležbo. Z vsakim udeležencem smo se dogovorili za izvedbo intervjuja, pri čemer smo se jim prilagodili glede kraja in časa in spoštovali njihovo pobudo. Zvočne zapise intervjujev, ki so posneti hranimo v arhivu raziskave. Zvočni zapis smo prepisali in ga skupaj s posredovanimi pisnimi odgovori intervjuvancev večkrat prebrali. Udeležencem smo zastavljali široko odprta vprašanja, s katerimi smo dobili poglobljen vpogled v obravnavano temo.

Ob upoštevanju etičnih vidikov kvalitativnega raziskovanja (World Health Organization, 2012) smo intervjuvance seznanili z namenom, cilji, potekom raziskave, tveganji, koristmi, varovanjem zaupnosti podatkov in anonimnostjo, predvidenim trajanjem intervjuja, možnostmi prekinitve intervjuja ter možnostmi povratnih informacij raziskave. Posamezni intervju je v povprečju trajal 30 minut.

Podatki so bili analizirani s pomočjo metode analize vsebine. Prepise besedil smo večkrat v celoti prebrali in preučili, nato pa v besedilu poiskali ključne besede oziroma fraze in ugotovili, da je »vpeljava digitalizacije spremljanja kakovosti zdravstvene nege« osrednji pojem. Zaščitita identitete udeležencev, je bila izvedena tako, da smo intervjuvanim dodelili lastno šifro raziskave in vse intervjuje zapisali v ženski obliki. Šifra je sestavljena iz štirih delov: prvi označuje številko intervjuja, drugi del je šifra raziskave, tretji del predstavlja področje dela in četrti del šifre je zaporedna številka pojma v intervjuju.

Primer 1: Zgradba šifre

ST.2 - pomeni številko izvedenega intervjuja – intervju osebe 2. R1 - pomeni, da je potekalo intervjuvanje v prvem, preliminarnem delu raziskovanja. Stavček oziroma besedna zveza / pojem z oznako 3 – P3, ki pomeni mesto določene kodirne enote v besedilu pri udeleženci številka 2, je označen v zadnjem delu šifre ST.2–R1KZN–P3. Oznaka PDZN pomeni pomočnica direktorice za zdravstveno nego in oskrbo. Besedna zveza/pojem 5 pri udeleženci številka 3, je ST.3–R1PDZN–P5. Oznaka STRD pomeni strokovnjak za tehnično podporo na področju razvoja in digitalizacije. Na podlagi šifer lahko preverimo in poiščemo vsebino pojmov v besedilu.

Analiza empiričnega gradiva je temeljila na indukciji. Uporabili smo utemeljeno teorijo, ki jo lahko razložimo z osnovnimi značilnostmi osnovnih elementov ali prvin (pojmi, kategorije, propozicije) in analitičnim procesom. Streubert in Rinaldi Carpenter (2011, str. 46) poudarita, da je analiza kvalitativnih podatkov zahtevna in navadno poteka v obliki združevanja podobnih podatkov v skupine (angl. Clustering similar data). Analiziranje podatkov pridobljenih z intervjuji lahko izvedemo s procesom kodiranja. Kodiranje je kot navaja Creswell (2014, str. 197–198): »proces urejanja podatkov v skupine/gruče (ali dele besedila ali slike) in pisanje besed, ki predstavljajo kategorijo«. Creswell (2014, str. 198) poudari: »Poiščite najbolj opisno besedilo za svoje teme in jih spremenite v kategorije. Poiščite načine za zmanjšanje celotnega seznama kategorij tako, da združite teme, ki se med seboj povezujejo. Morda narišete povezave med kategorijami, ki ste jih zapisali in tako pokažite medsebojne odnose«. Z namenom povečevanja kredibilnosti in zanesljivosti podatkov končno konceptualno opredelitev preveri drug avtor.

Prvenstveni cilj izvedene kvalitativne raziskave ni prenosljivost ugotovitev na širšo populacijo. V okviru kvalitativnega raziskovanja ponudimo posploševanje na podobne primere in primerjanje ugotovitev iz drugih okoliščin.

4 Rezultati

V analizi besedila z izvedenim odprtim kodiranjem ugotovimo, da proces digitalizacije na področju zdravstvene nege intervjuvanci razumejo kot proces, ki lahko v kliničnem okolju prinaša veliko prednosti predvsem na področju spremljanja kakovosti izvajanja zdravstvene nege. Digitalizacija omogoča spremljanje kakovosti zdravstvene nege iz vidika natančnejšega spremljanja strokovnih podatkov o pacientih, kakovostnih zdravstvenih zapisov, dokazljivosti in preverljivosti opravljenega dela, vodstvu in menedžmentu institucij omogoča učinkovitejšo rabo zbranih podatkov, spremljanje porabljenega delovnega časa, načrtovanje prihodnjih aktivnosti, hkrati pa omogoča poenostavitev procesa dela idr.

Iz vidika vpeljave digitalizacije spremljanja kakovosti zdravstvene nege so intervjuvanci navedli, da glavne prednosti tega procesa prepoznajo v transparentno evidentiranih izvedenih aktivnostih zdravstvene nege. Med prednostmi vpeljave digitalizacije navajajo: »dokumentiranje aktivnosti ZN poteka neposredno ob bolniški postelji in

takrat, ko je aktivnost opravljena, s tem se zmanjša število napak; zagotavlja večjo natančnost pri delu; omogoča sledljivost postopkov ZN in pregled nad opravljenim delom; omogoča lažje in boljše načrtovanje ZN; omogoča avtomatsko vrednotenje ZN; omogoča prikaz porabe časa in obremenitve negovalnega kadra, s tem pa optimalno razporejanje kadrovskih virov; zagotavlja enostavnejše zbiranje in obdelavo podatkov; zagotavlja zanesljivejše spremljanje kazalnikov kakovosti« (ST.2–R1KZN–P1(P1.1-10)).

Med pomanjkljivostmi vpeljave digitalizacije navajajo: »za digitalizacijo je potrebna dobra informacijska podpora, v nasprotnem primeru zaradi preobremenjenosti informacijski sistem deluje prepočasi; če ni sodelovanja vseh članov tima oz. vseh zaposlenih, obstaja nevarnost podvajanja nalog; neravnovesje v porabi časa, namenjenega pacientu in časa, namenjenega dokumentiranju; premalo kadra z ustreznim znanjem s področja informacijske tehnologije« (ST.2–R1KZN–P1(P1.1-10)).

Osební pogled na vpeljavo digitalizacije spremljanja kakovosti zdravstvene nege so intervjuvanci predstavili iz vidika prednosti, ki omogočajo in zagotavljajo institucijam kakovostnejšo izvajanje zdravstvene nege (tabela 1). Hkrati so navedli tudi slabosti in omejitve, ki jih prepoznavajo iz vidika določenih potreb in zahtev za vpeljavo digitalizacije spremljanja kakovosti zdravstvene nege. Vpliv procesa digitalizacije na področje dela v zdravstveni negi prikazujemo v tabeli 1.

Iz tabele 1 je razvidno, da vpeljava digitalizacije spremljanja kakovosti zdravstvene nege iz vidika obravnave pacienta pomembno vpliva na kakovostnejšo zdravstveno nego (kodirne enote: K1, K2, K3, K4, K8, K11, K13). Na vprašanje, kako vpeljava digitalizacije spremljanja kakovost izvedbe zdravstvene nege vpliva/ bi vplivala na kakovost izvedbe zdravstvene nege, odgovarja oseba 3 (ST.3–R1PDZN–P2): »Digitalizacija bi po mojem mnenju prinesla natančnejše spremljanje strokovnih podatkov o pacientih, ter kakovostne zdravstvene zapise.

V obstoječem zdravstvenem sistemu se spopadamo s pomanjkanjem urejenosti podatkov in učinkovitejšo izrabo zbranih podatkov v zdravstvu, za sprejemanje bolj kakovostnih odločitev. Digitalizacija, podprta z realnimi in osveženimi podatki lahko bistveno izboljša ne le delovne procese, ampak tudi same klinične poti in spremljanje izvajanja zdravstvene oskrbe, osredotočene na samega pacienta.« Oseba 2 izpostavi problem uporabe nepreglednega dokumentiranja in dolgotrajnega pregledovanja preteklih aktivnosti s programom Birpis 21 in predstavi primer kako izboljšati nepregledno dokumentiranje ob sprejemu pacienta z oskrbo kronične rane (ST.2–R1KZN–P3): »Digitalizacija bi omogočala enostavno dokumentiranje in hitrejše, preglednejše delo ter enostavno vrednotenje: ob nastanku kronične rane bi v programu na grafiki (človeško telo) s klikom označili lokacijo (npr. leva peta), odprlo bi se okno s fotografijo in opisom zadnje oskrbe kronične rane.

Dostop do informacij bi bil enostaven, hiter in natančen. Z novim klikom bi odprli novo okno, kamor bi dokumentirali aktualno stanje in oskrbo. Program bi moral omogočati tudi »zgodovino« oskrbe od nastanka rane do zazdravitve.« ST.2–R1KZN–P3 »Digitalizacija bi omogočala direktno povezavo med različnimi strokovnjaki (MS v bolnišnici in patronažno MS), sodelovanje med oddelki, institucijami ...«

Tabela 1: Sinteza iz kodirnih enot v kategorijo vpeljava digitalizacije spremljanja kakovosti zdravstvene nege

| Kategorija | Kode | Kodirne enote |
|--|---|--|
| vpeljava digitalizacije spremljanja kakovosti zdravstvene nege | prednosti: omogoča / zagotavlja | K1: manjše število napak |
| | | K2: zagotavlja večjo natančnosti pri delu |
| | | K3: sledljivost postopkov ZN |
| | | K4: pregled nad opravljenim delom |
| | | K5: lažje / boljše načrtovanje ZN |
| | | K6: avtomatsko vrednotenje ZN–takojšen »vpogled v« nove podatke |
| | | K7: prikaz porabe časa / obremenitve negovalnega kadra |
| | | K8: optimalno razporejanje kadra / človeških virov |
| | | K9: enostavnejše zbiranje / obdelava podatkov |
| | | K10: zanesljivejše spremljanje kazalnikov kakovosti |
| | | K11: transparentnost izvajanja/ osredotočenost na ZN pri pacientu |
| | | K12: večjo varovanje podatkov o pacientovem zdravstvenem stanju |
| | | K13: enako obravnavo vsem pacientom |
| | K14: manjša količina odpadnega pisarniškega materiala | |
| | slabosti / omejitve: zato, je treba z vpeljavo digitalizacije zagotoviti / omogočiti | K15: dobro informacijsko podporo – da informacijski sistem ne deluje počasi / ni preobremenjen |
| | | K16: sodelovanje vseh članov tima oz. vseh zaposlenih |
| | | K17: ravnovesje v porabi časa, namenjenega pacientu in časa, namenjenega dokumentiranju |
| | | K18: ravnovesje kadra z ustreznim znanjem s področja informacijske tehnologije |
| | | K19: celotno (ne le delno) dokumentiranje ZN |
| | | K20: več računalnikov/tablic ipd. na oddelku |
| | | K21: majhno število (vmesnih) korakov v programu |
| | | K22: zagotoviti spodbujanje zaposlenih/inciatiovo s strani vodstva |

Vir: Lastni vir, 2017.

Problem uvedbe elektronskega beleženja aktivnosti zdravstvene nege, ki je bil izpostavljen pri vseh intervjuvanih osebah, je, da je potrebno zagotoviti dobro informacijsko podporo in dovolj kadra z ustreznim znanjem s področja informacijske tehnologije ter ustrezno podporo vodstva, da bodo zaposleni prepoznali potrebo po uvajanju izboljšav in novosti na področju digitalizacije zdravstvene nege. Povdarjeno je bilo: »Problem je, da tako delo ni stimulirano s strani delovne organizacije ali menedžmenta, pa čeprav je to dolgoročno gledano vse povezano s časom in zmanjševanjem stroškov. Kar se pa samega beleženja aktivnosti tiče, pa je vidno, da če je spodbuda s strani vodstva dobra, da se bo zaradi tega v prihodnje premaknilo iz papirološke oblike

v digitalno, je potem odnos do teh sprememb tudi dober. Zaposleni se namreč morajo zavedati, da bo z dobro obdelavo podatkov v tej fazi razvoja v prihodnosti odpadlo veliko administrativnega dela, pa tudi izpisi opravljenih aktivnosti za nazaj bodo lažji.« (ST.1–R1STRD –P2).

Na osnovi rezultatov te preliminarne raziskave želimo v nadaljevanju raziskovanja z dodatnim kvalitativnim raziskovanjem potrditi zapisano poskusno teorijo.

5 Razprava in sklep

V izvedeni raziskavi smo proučili ugotovitve raziskovalcev iz kliničnega okolja, njihove znanstvene dokaze in dobre prakse. Na osnovi rezultatov kvalitativne raziskave med intervjuvanimi ugotovimo, da bi avtomatsko določanje kategorizacije na podlagi sprotnih vpisov opravljenega dela v procesu zdravstvene nege bistveno pripomoglo k natančnejšemu in enotnemu določanju kategorizacije zdravstvene nege pri posameznem pacientu.

Avtomatsko določanje kategorizacije na podlagi sprotnih vpisov opravljenega dela v procesu zdravstvene nege omogoča pregled nad opravljenim delom, saj se kakovost in optimizacija dela v kliničnem okolju lahko izvaja kakovostno šele takrat, ko imamo popoln pregled nad opravljenim delom. Avtomatsko določanje kategorizacije v procesu zdravstvene nege pomeni odmik od nege, kjer se aktivnosti opravi »spotoma« in ostane neevidentirano.

LITERATURA

1. Bregar, B. in Klančnik, G. M. (2009). 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
2. Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, International student edition. Thousand Oaks (etc.): Sage.
3. Draginc, A., Zupančič, V., Kregar Velikonja, N., Jekoš, A., Šantej, T., Miklavčič, T., Mehlin, U., Pavalec, E., Aupič, T., Krajnc, A. in Sotler, R. (2016). Zaključno poročilo o rezultatih projekta: E-beleženje zdravstvene nege neposredno v bolniški sobi. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.
4. Klančnik Gruđen, M., Bregar, B., Peternelj, A. in Marinšek, N. (2011). Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN). Priročnik (Verzija 4). Interno gradivo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
5. Laznik, G., Kregar Velikonja, N., Rodica, B., Kranjc, A. in Mirt, G. (2017). Digitalizacija kot orodje spremljanja kazalnikov kakovosti bolnišnične zdravstvene nege: NurseQual: projektna dokumentacija. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.
6. Mesec, B. (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
7. Rodica, B. (2013). *Raziskovalno delo v zdravstveni negi: učno gradivo*. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo Novo mesto.

8. Sermeus, W. in Epping, P. (1997). The Nursing Specialist Group. Management of a nursing ward. Using patient clinical data for nurse assignment. The informed touch series 1997. Pridobljeno 5. 11. 2017, s <http://www.bcs.org/upload/pdf/nsg-volume1-management.pdf>.
9. Streubert, J. H. in Carpenter Rinaldi, D. (2011). Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Lippincott: Williams & Wilkins.
10. Štih, A. (2011). Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege v pediatriji – naše izkušnje in predlogi. *Slov Pediatr*, 18, 27–33.
11. World Health Organization. (2012). The WHO strategy on research for health. Geneva: World Health Organization.
12. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Navodila ZAE za evidentiranje in obračunavanje zdravstvenih storitev - po tematskih sklopih. Pridobljeno 15. 11. 2017, s <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/582652BB77669CC8C125812800489B23?OpenDocument>.

Prednosti timskega vodenja v zdravstveni negi

UDK 616-083:0054.64

KLJUČNE BESEDE: vloga vodje v timu, tim, čustvena inteligenca, sporazumevanje, motivacija

POVZETEK - V prispevku predstavljamo vlogo vodje v zdravstveni negi, katerega vloga je s kakovostnim sporazumevanjem med njim in izvajalci zdravstvene nege spremljati in usklajevati njihovo delo. Z raziskavo med 40-imi člani tima zdravstvene nege smo želeli ugotoviti v kolikšni meri člani tima zaupajo vodji pri vodenju in kakšen vpliv ima vodja na vse člane tima. Na osnovi rezultatov kvantitativne raziskave ugotovimo, da člani tima zaupajo vodji pri vodenju, da ima vodja velik vpliv na člane tima in da si želijo vodje, ki jih zna spodbujati in motivirati. Dobra polovica anketiranih (55 %) meni, da mora vodja bolj dosledno spremljati zadovoljstvo članov tima, slaba tretjina (30 %) pa jih želi, da vodja kakovostnejše organizira delo tima. Vsi pa se zavedajo, da je za usklajeno delovanje tima zelo pomembno, da člani tima zdravstvene nege vodji zaupajo.

UDC 616-083:0054.64

KEY WORDS: role of the leader in a team, team, emotional intelligence, communication, motivation

ABSTRACT - The role of the leader is to monitor and coordinate the work of health care providers. The research was based on a quantitative research approach, using the descriptive method. A survey questionnaire was used for the measuring instrument, to investigate confidence of team members in relation to leader and the influence of the leader on the team members. 40 questionnaires were correctly completed and returned. We found out that team members have confidence in leadership and that, in their opinion, the leader has a great influence on team members. More than half of respondents think (55%) that the leader should monitor the satisfaction of the team members more consistently. Half of the respondents want more incentive and motivation for their work from their leader. In thirty percent (30%), respondents want better work organisation. For a coordinated operation of the team, it is very important that the members of the nursing team trust the leader.

1 Uvod

Tim zajema organiziranost dveh ali več oseb, katerih namen je skupno sodelovanje pri zastavljenem cilju. Vsak tim se mora ravnati po določenih načelih, na podlagi katerih je mogoče skupno opravljanje nalog, reševanje problemov in medsebojnega delovanja (Mihalič, 2014). Dober tim temelji na nehierarhičnem načinu vodenja, demokratskem sporazumevanju in enovitosti podjetja (Mihalič, 2014). Ločimo tri vrste timov: mono, multi in interdisciplinarni tim. Monodisciplinarni tim zajema v zdravstvu medicinske sestre z vsemi stopnjami izobrazbe.

Ožje področje tima je zdravstvena nega bolnika in zadovoljevanje njegovih osnovnih življenjskih potreb (Musič, 2006). Multidisciplinarni tim v zdravstvu je odvisen od vrste zdravstvenih problemov, zahtevnosti nalog ter ciljev, ki ga tim zastavi. Multidisciplinarne time najdemo v zdravstvu predvsem pri izvedbi zahtevnih zdravstvenih postopkov, komisij in drugih strokovnjakov iz zdravstva (Musič, 2006). Interdisciplinarni tim ima člane, ki enakomerno ohranjajo svojo profesionalno identiteto, avtoriteto in moč odločanja. Prednost tega tima je visoka stopnja zaupanja, sodelovanja in medsebojnih odnosov (Musič, 2006).

Timski način dela je priporočljiv zaradi prednosti in pozitivnih sprememb za tim in celotno organizacijo. V timskem delu se znanja in informacije hitro prenašajo. Hitro prilagajanje spremembam med člani tima ugodno vpliva na inoviranje in razvoj. Timski način dela je priporočljiv zaradi prednosti in pozitivnih sprememb za tim in celotno organizacijo. Prednosti timskega dela lahko zmanjšujejo različnost mnenj in predlogov ter izguba časa pri usklajevanju (Prebil, Mohar in Drobne, 2009).

Uspešno vodenje tima se začne s pravilnim oblikovanjem tima, vendar pa to ne pomeni, da bo učinkovit in uspešen. Tim potrebuje sistematičen razvoj, načrtovano usmerjanje in stabilno vodenje. Predpogoj za pravilno oblikovanje tima je natančno poznavanje znanj, izkušenj, osebnih lastnosti, razvojnega potenciala, zmožnosti sodelavcev, ki jih želimo združiti v tim, ter natančno poznavanje ciljev, ki jih bo moral tim doseči (Mihalič, 2014). Pri oblikovanju tima je potrebno razmišljati, kaj želimo doseči, kako bomo realizirali naloge, na kakšen način bomo dane možnosti koristili v dobro organizacije in zaposlenih. Pri oblikovanju zmagovalnega tima je potrebno vedeti, katera znanja in kompetence potrebujemo, da bomo čim hitreje dosegli cilje (Mihalič, 2014). Poznamo štiri stopnje v razvoju tima. To so oblikovanje, nasprotovanje, sprejemanje pravil in izvajanje (Polak, 2007).

Sporazumevanje je izmenjava informacij med pošiljateljem in sprejemnikom (Möller, 2013). Priporočljivo sporazumevanje vodje v timu je demokratično, dvostransko in na nehierarhičnem načinu. S takšnim načinom sporazumevanja bomo dosegli večjo povezanost med vodjo in člani tima (Mihalič, 2014).

Tudi s konfliktnimi situacijami se srečujemo na delovnem mestu, zato je pomembno, da poznamo pravilno reševanje konfliktov. Najpogosteje se pojavijo zaradi različnega pomena posameznih dejstev, nepopolnih sporočil, neprimernih čustvenih reakcij pri sporazumevanju, medsebojnega tekmovanja in zamenjave sporazumevalnih ravni (Polak, 2007).

Pravilno spodbujanje sodelavcev in nagrajevanje pripomore k učinkovitosti in zadovoljstvu v timu. Te motivacije so lahko (ne)denarne nagrade za delo in uspeh, pisne ali ustne pohvale, izpostavljanje uspešnih uspehov sodelavcev, govorno motiviranje zaposlenih, zanimanje za delo, razvoj in počutje sodelavcev, izkazovanje zaupanja v zaposlene, prenos lastnih izkušenj na sodelavce, informiranje zaposlenih o delu, zanimanje za želje, etična in enakopravna obravnava vseh sodelavcev (Mihalič, 2010). Naloga vodje je, da zna člane tima spodbujati znotraj tima in jih medsebojno motivirati, saj tako pripomore k zadovoljstvu pri delu in večji povezanosti članov tima (Mihalič, 2014).

1.1 Vodenje v zdravstvu

Vodenje pripelje do spremembe v posameznikovem življenju. Pravi in dober vodja razume drugačnost, ima vizijo ter je zmožen ustvariti organizacijo, v kateri bodo zaposleni opravljali svojo delo z veseljem in z vsemi svojimi potenciali (Kejžar in Škarbar, 2011). Dobro vodenje se čuti po dobri atmosferi, še posebej, ko člani tima napredujejo, se razvijajo znotraj tima in so motivirani zbrati skupne moči, s tem pa dosegajo dobre dosežke, medtem ko se slabo vodenje vidi v timu kot mirovanje in

nazadovanje članov, kar vodi v demotivacijo, jezo in slabe dosežke (Lubatsch, 2012). Vodenje pomeni ukrepanje in izvedbo (Malik, 2009). Sodobne vodje so med zaposlenimi sposobne spodbuditi motivacijo, zavezanost in zadovoljstvo pri delu, kar vodi k izboljšanju rezultatov (Dimovski, Penger in Peterlin, 2009). Pri vodenju so pomembni poštenost, zaupanje ter obojestransko spoštovanje. Vodenje je nekaj, kar počnemo skupaj med zaposlenimi, saj bomo tako uspešnejši in bomo dosegali lažje zastavljene cilje (Blanchard in Muchnick, 2007).

Ustrezne osebnostne lastnosti so neizogibne za upravljanje zdravstvene dejavnosti (Česen, 2003).

Delo z ljudmi in za ljudi zahteva smisel za timsko delo, gibljivost in ustvarjalnost pri reševanju zdravstvenih problemov bolnikov, občutek za socialnost in človeško širino. Samo teoretično strokovno znanje, četudi je nadpovprečno, je premalo. Družba oziroma organizacija lahko na ustvarjalnost posameznika vpliva neugodno ali ugodno. Bolj kot je družba oziroma katerakoli organizacija nagnjena k sproščenosti, spontanemu mišljenju ali svobodnosti odločanja, manj kot je miselne prisile, več bo ustvarjalnosti (Jaklič, 2006).

V slovenskih bolnišnicah se ugotavlja premajhno stopnjo transformacijskega vodenja, ki spodbuja timsko delo, vlogo posameznika in procese izboljševanja (Skela Savič in Pagon, 2007, v Skela Savič, 2008).

Potrebno je začeti razvijati vodje, ki bodo sposobni sporazumevanja, povezovanja na vseh ravneh ter bodo znali oblikovati in deliti skupno vizijo organizacije in ki bodo znali narediti učinkovit sistem izvajanja storitev (Ferilea in Shortella, 2001, v Skela Savič, 2008). Skela Savič (2008) opozarja, da je slovensko zdravstveno vodenje hierarhično usmerjeno, da je nizka naravnost k procesu izboljšanja, da je prisotno pomankljivo znanje o menedžmentu, velika dominantnost medicine, slabo medpoklicno sodelovanje, ignoranca do celovitega spremljanja kakovosti in slaba izraba človeškega kapitala v organizaciji.

O uspešnem vodenju in upravljanju v slovenskem zdravstvu bomo lahko govorili takrat, ko bo zdravstveno vodenje sprejeto kot potrebno znanje, ki ga morajo vodje in upravljalci imeti za uvajanje sodobnih pristopov v prakso (Skela Savič, 2008).

Dejavniki, ki imajo vpliv na motivacijo izvajalcev zdravstvene nege so, osebni dohodek, bonitete, priznanja za dobro opravljeno delo, dobre delovne razmere, ustrezen delovni čas in obseg dela, stalnost zaposlitve, zagotavljanje nadaljnega izobraževanja in izpopolnjevanja ter usposabljanja, možnosti napredovanja, dobra organizacijska kultura in klima in dobri medsebojni odnosi med sodelavci, prijaznost in podpora sodelavcev (Gibson, Ivancevich, Donnelly in Konopaske, 2011).

2 Metodologija

2.1 Namen raziskave

Namen naše raziskave je bil analizirati stališča medicinskih sester o timskem vodenju v eni od slovenskih splošnih bolnišnic.

2.2 Raziskovalna vprašanja

Postavili smo naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kdaj člani tima zaupajo vodji pri vodenju tima?
- Kakšen vpliv ima vodja na delo v timu zdravstvene nege?
- Kaj člani tima pričakujejo od vodje?

2.3 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za namen raziskave smo uporabili deskriptivno metodo dela. Za merski inštrument smo uporabili anketni vprašalnik s tehniko anketiranja. Za statistično analizo podatkov smo uporabili opisno statistiko ter izračunali absolutne in relativne frekvence.

2.4 Opis vzorca

Empirična kvantitativna anketna raziskava je bila izvedena na vzorcu 60 medicinskih sester.

V raziskavi je dejansko sodelovalo 40 medicinskih sester (66 % realizacije vzorca). Glede na demografsko strukturo so vzorec anketiranih 3 moški (7,5) in žensk 37 (92,5 %). Največ je bilo starih od 46 do 55 let 20 oseb (50 %), 10 oseb je bilo starih od 26 do 35 let (25 %), ravno tako je 10 oseb starih od 36 do 45 let (25 %). Največ sodelujočih je imelo izobrazbo srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege, in sicer 24 (60 %), sledijo z izobrazbo diplomirana medicinska sestra, in sicer 16 oseb (40 %). Nihče od anketirancev ni imel izobrazbe višje medicinske sestre ali mag. zdravstvene nege.

2.5 Opis merskega instrumenta

Podatki so bili zbrani s strukturiranim vprašalnikom, ki je bil sestavljen iz treh sklopov: Prvi sklop se je nanašal na demografske podatke anketirancev (spol, starost, stopnja izobrazbe, delovna leta). Drugi sklop se je nanašal na stališča zaposlenih o vodenju negovalnega tima (9 trditev) motivaciji negovalnega tima (6 trditev). Vsako trditev so anketiranci ocenjevali s 5-stopenjsko ocenjevalno lestvico, pri čemer je vrednost 5 pomenila – se popolnoma strinjam, 4 – se strinjam, 3 – sem neodločen, 2 – se ne strinjam, 1 – se popolnoma ne strinjam. Tretji sklop vprašanj se je nanašal na vlogo vodje pri vodenju negovalnega tima.

2.6 Opis postopka zbiranja podatkov

Anketiranje medicinskih sester je potekalo maja 2016 leta. Sodelovanje udeležencev je bilo anonimno in prostovoljno, z možnostjo prekinitve sodelovanja brez posledic kadarkoli med potekom izvedbe raziskave. Zagotovljena je bila anonimnost. Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje pristojne institucije. Zbiranje podatkov je bilo izvedeno v skladu z Helsinško-Tokijsko deklaracijo o raziskavah na ljudeh

2.7 Opis analize podatkov

Zbrani podatki so bili analizirani z opisno statistiko, pri kateri so bile za vsako posamezno merjeno trditev izračunane frekvenčne in odstotkovne vrednosti. Demografske

značilnosti vzorca so bile pregledane ravno tako s frekvenčno in odstotkovno analizo. Vse analize podatkov so potekale s pomočjo računalniškega programa Microsoft Excel.

3 Rezultati

V nadaljevanju so predstavljena podrobneje predstavljeni rezultati mnenj medicinskih sester o vodenju tima in vplivu dejavnikov motivacije na zadovoljstvo.

Tabela 1: Ocena stališč medicinskih sester o vodenju tima

| | 1 – se popolnoma ne strinjam | | 2 – se ne strinjam | | 3 – sem neodločen | | 4 – se strinjam | | 5 – se popolnoma strinjam | | PV | SD |
|--|------------------------------|-----|--------------------|-------|-------------------|--------|-----------------|--------|---------------------------|--------|------|------|
| | f_x | f % | f_x | f % | f_x | f % | f_x | f % | f_x | f % | | |
| Vodji popolnoma zaupam pri vodenju našega tima. | 2 | 5 % | / | / | 4 | 10 % | 19 | 47,5 % | 15 | 37,5 % | 4,13 | 0,97 |
| Odperto, nehierarhično in kolegialno sporazumevanje med vodjo in člani tima izboljša kakovost vodenja. | / | / | 2 | 5 % | 2 | 5 % | 14 | 35 % | 22 | 55 % | 4,4 | 0,81 |
| Vodja nas usmerja k opravljanju nalog in delu v timu. | 2 | 5 % | / | / | 6 | 5 % | 14 | 35 % | 18 | 45 % | 4,15 | 1,03 |
| Menim, da je dober vodja tisti, ki ima dovolj znanja in izkušenj. | / | / | / | / | 4 | | 12 | 30 % | 24 | 60 % | 4,50 | 0,68 |
| Vodja skrbi za napredovanje našega tima. | / | / | / | / | 4 | 10 % | 19 | 47,5 % | 17 | 42,5 % | 4,33 | 0,66 |
| Vodja tima nas podpira pri izobraževanju. | / | / | 2 | 5 % | 6 | 15 % | 19 | 47,5 % | 13 | 32,5 % | 4,08 | 0,83 |
| Ob težavah, ki nastopijo v timu, mi vodja zna prisluhniti. | 2 | 5 % | / | / | 4 | 10 % | 15 | 37,5 % | 19 | 47,5 % | 4,23 | 1,00 |
| Pri prenosu znanja znotraj tima nas vodja spodbuja. | 2 | 5 % | / | / | 6 | 15 % | 21 | 52,5 % | 11 | 27,5 % | 3,98 | 0,95 |
| Z vodjo tima se dovolj pogosto sestajamo na sestankih. | 2 | 5 % | 3 | 7,5 % | 11 | 27,5 % | 9 | 22,5 % | 15 | 37,5 % | 3,80 | 1,18 |

Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

Na podlagi predstavljene teorije o vodenju in vplivu vodenja na delo članov v zdravstvenem timu, smo za posamezen sklop pripravili nabor trditev. Z oceno 1 do 5 anketiranci so navajali, do kakšne mere se strinjajo ali ne strinjajo s postavljeno trditve (1 se sploh ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 sem nevtralen, ne vem, 4 se strinjam, 5 se zelo strinjam).

Odgovori anketirancev nam sporočajo, da zaposleni dobro poznajo vodjo, ki je opremljen z znanjem in delovnimi izkušnjami ($\bar{x} = 4,5$; $\sigma = 0,6$). Poleg znanja in izkušenj med najbolj pomembne uvrščajo tudi nehierarhični odnos komunikacije med vodjo in člani tima ($\bar{x} = 4,4$; $\sigma = 0,8$), sledi skrb vodje za člane tima ($\bar{x} = 4,3$; $\sigma = 0,6$). Med ostalimi trditvami so anketiranci prepoznali pogovor z vodjo ob nastanku morebitnih težavah ($\bar{x} = 4,2$; $\sigma = 1$), sledi usmerjanje članov tima strani vodje ($\bar{x} = 4,15$;

$\sigma = 1,03$), in zaupanje vodji ($\bar{x} = 4,13$; $\sigma = 0,97$). Najnižja poprečna ocena je dosegla trditev pogostost pogovora z vodjo in sicer, ($\bar{x} = 3,8$; $\sigma = 1,18$).

V nadaljevanju smo ugotavljali vpliv dejavnikov na motiviranost dela članov negovalnega tima.

Tabela 2: Dejavniki, ki učinkujejo na motivacijo negovalnega tima

| | 1 – se ne strinjam | | 2 – se delno strinjam, ne strinjam | | 3 – nisem opredeljen | | 4 – se delno strinjam | | 5 – zelo se strinjam | | PD | SD |
|---|--------------------|----------------|------------------------------------|----------------|----------------------|----------------|-----------------------|----------------|----------------------|----------------|------|-------|
| | f _x | f _% | f _x | f _% | f _x | f _% | f _x | f _% | f _x | f _% | | |
| Dobri odnosi v timu so mi pomembni, saj vplivajo na kakovost in količino opravljenega dela. | / | / | / | / | / | / | 2 | 5 % | 38 | 95 % | 4,95 | 0,22 |
| Višji mesečni dohodek bi vplival na mojo zavzetost pri delu. | / | / | / | / | 4 | 10 % | 13 | 32,5 % | 23 | 57,5 % | 4,48 | 0,68 |
| Vodja me ob dobrem opravljenem delu pohvali. | 2 | 5 % | / | / | 15 | 37,5 % | 17 | 42,5 % | 6 | 15 % | 3,63 | 0,93 |
| Vzpodbudne besede vodje me motivirajo za delo. | 2 | 5 % | / | / | 2 | 5 % | 21 | 52,5 % | 15 | 37,5 % | 4,18 | 0,93 |
| Učinkovit sistem nagrajevanja bi me vzpodbudil k bolj predanemu delu. | / | / | / | / | 2 | 5 % | 19 | 47,5 % | 19 | 47,5 % | 4,43 | 0,59 |
| Vodja nas zna motivirati kot skupen tim. | 3 | 7,5 % | / | / | 7 | 17,5 % | 21 | 52,5 % | 9 | 22,5 % | 3,83 | 1,035 |

Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

Od naštetih trditev je bila najbolj prepoznana dobri medosebni odnosi ($\bar{x} = 4,95$; $\sigma = 0,22$), višji mesečni dohodek ($\bar{x} = 4,48$; $\sigma = 0,68$) in učinkovit sistem nagrejevanja ($\bar{x} = 4,43$; $\sigma = 0,59$). V teh trditvah so anketiranci prepoznali kot najvišje dejavnike vpliva na timsko delo. Sledijo vodja me z besedami motivira za delo ($\bar{x} = 4,18$; $\sigma = 0,93$) in vodja nas zna motivirati kot tim ($\bar{x} = 3,83$; $\sigma = 1,06$). Najnižjo poprečno vrednost je dobila trditev vodja me po opravljenem dobrem delu pohvali ($\bar{x} = 3,63$; $\sigma = 0,93$).

4 Razprava

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, ali člani tima zaupajo vodji, kakšen vpliv ima vodja na delo v timu zdravstvene nege ter ugotoviti pričakovanja članov tima zdravstvene nege.

Naloga vodje je obvladovanje in vodenje tima. Vodja mora imeti ustrezna znanja in veščine, ki jih dopolnjuje z izkušnjami. Vloga vodje je spremljanje in usklajevanja dela negovalnega tima v delovnem procesu. Veščina sporazumevanja je za vodjo pomembna, ker vpliva na vodenje tima, s tem pa tudi na uspešnost pri doseganju zastavljenih ciljev. Dajati smisel delu, ki ga opravljajo sodelavci, je pogoj za zavzetost in pripadnost organizaciji. Z veseljem sodelujejo z drugimi člani tima pri doseganju ciljev organizacije in v svojem delu vidijo smisel (Verle in Markič, 2010).

Z razvojem zdravstvene nege in medicine je zdravstveni sistem postal kompleksna dejavnost. V zdravstvu je timski model dejanski način obravnave pacienta. Vodja mora znati prilagajati svoje stile vodenja različnim situacijam in razvojnim stopnjam, v katerih se tim nahaja. Da kolegialnost v večdisciplinarnih timih vpliva na izid zdravljenja, so potrdili v več raziskavah. Raziskave o zadovoljstvu pacientov so pokazale, da pacienti vidijo zdravstveno oskrbo kot rezultat dela celotnega tima, in ne le kot rezultat zdravljenja zdravnika (Kadivec, 2008b). Za zagotovitev pogojev za vzpostavljanje sodelovanja v zdravstvenih skupinah, potrebujemo ustrezno koordinacijo in komunikacijo. Učinkovito komuniciranje je lastnost vseh uspešnih timov. Za uspešno delovanje zdravstvenih skupin se morajo vsi člani počutiti enakovredne in pomembne v svojih vlogah. Le tako bodo lahko delili svojo poklicno avtonomijo in prispevali k učinkovitosti timskega dela (Kadivec, 2008b).

V neposredni praksi pri uvajanju sprememb v slovenskih bolnišnicah bo potrebno narediti veliko izboljšav pri vodenju posameznika, tima in organizacije, saj rezultati organizacijske kulture kažejo na to, da prevladuje hierarhična in tržno usmerjena organizacijska kultura. Ravno hierarhična organizacijska kultura zavira timsko delo in spodbuja individualizem ter kontrolno vodenje (Bratuša in Leskovic, 2016).

Vodja naj bi bila članom tima zgled v sporazumevanju, motivaciji, zaupanju ter timski sposobnosti. Če je tim dobro organiziran, so tudi cilji uspešnejši. Kadar ima vodja velik vpliv na delo v timu zdravstvene nege, se to kaže tudi s skrbjo za usklajevanje in spremljanje dela udeležencev v delovnem procesu (Bratuša in Leskovic, 2016). To so ugotovile tudi anketirane medicinske sestre, ki so mnenja, da člani tima zaupajo vodji in da ima vodja zelo velik vpliv na delo v timu. Spoznali smo tudi, da člani tima od vodje pričakujejo več pozornosti, spremljanja, spodbujanja ter motivacije za delo.

Raziskava opravljena med medicinskimi sestrami v eni od slovenskih splošnih bolnišnic ima določene metodološke omejitve. Pri posploševanju dobljenih ugotovitev je zato potrebno imeti v vidu, da gre za samo-ocenjevanje zaposlenih, ki vključuje tudi tveganje, da posamezniki ocenjujejo pričakovano in zeleno stanje ali izražajo uveljavljeno splošno mnenje v instituciji in ne lastnih stališč. Kljub navedenemu pa je naša raziskava zajela zbiranje podatkov o tiskem vodenju na celotni populaciji zaposlenih v eni od slovenskih splošnih bolnišnic. Torej pridobljeni rezultati o vplivu timskega vodenja na delo članov v timu se nanašajo na imenovano bolnišnico in ni odraz stanja v vseh slovenskih bolnišnicah.

5 Zaključek

Z raziskavo smo ugotovili, da večina članov tima zaupa svoji vodji, kar je glavni pokazatelj, da vodja uspešno vodi svoj tim. Večina anketirancev se strinja, da ima vodja velik vpliv, na podlagi tega lahko sklepamo, da vodja skrbi za usklajenost v timu in spremlja delo, ki ga opravljajo člani tima. Anketiranci so večinoma odgovorili, da od vodje dobijo povratne informacije o opravljenem delu. S povratno informacijo o delu

člani tima lažje ugotovijo, kje so potrebne dodatne izboljšave pri delu, da bodo čim bolj zagotovljena kakovostna zdravstvena oskrba pacienta.

LITERATURA

1. Blanchard, K. H. in Muchnick, M. (2007). Recept za uspešno vodenje: manjkajoča sestavina pri vodenju ljudi dandanes. Varaždin: Katarina Zrinski.
2. Dimovski, V., Penger, S. in Peterlin, J. (2009). Avtentično vodenje v učeči se organizaciji. Ljubljana: Planet GV, poslovno izobraževanje.
3. Česen, M. (2003). Management javne zdravstvene službe. Ljubljana: CTU, Center za tehnološko usposabljanje.
4. Gibson, J. L., Ivancevich, J. M., Donnelly, J. H. in Konopaske, R. (2011). Organizations: behavior, structure, process. New York: McGraw-Hill.
5. Jaklič, M. (2006). Pomen znanja v družbi. Menedžment znanja. Maribor: Založba Pivec.
6. Kadivec, S. (2008). Krožki kakovosti – metoda motivacije v procesu izboljševanja kakovosti v bolnišnici. V B. Skela Savič, J. Ramšak Pajk in B. M. Kaučič (ur.), Jaz in moja kariera. Bled, Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
7. Lubatsch, H. (2012). Führung macht den Unterschied: Arbeitsbedingungen diakonischer Pflege im Krankenhaus. Berlin: Münster, Lit.
8. Malik, Fredmund, F. (2009). Voditi, uspeti, živeti: pravilno in dobro vodenje za pretvarjanje znanja v dosežke. Ljubljana: Mladinska knjiga.
9. Mihalič, R. (2010). Kako motiviram sodelavce: 30 minut za vodenje. Škofja Loka: Mihalič in partner.
10. Mihalič, R. (2014). Kako vodim skupino in tim: 30 minut za vodenje. Škofja Loka: Mihalič in partner.
11. Musič, D. (2006). Timsko delo v zdravstvu (Diplomsko delo). Koper: Fakulteta za management.
12. Polak, A. (2007). Timsko delo v vzgoji in izobraževanju. Ljubljana: Modrijan.
13. Prebil, A., Mohar, P. in Drobne, J. (2009). Komunikacija v zdravstvu. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
14. Skela Savič, B. (2008). Ali so potrebne spremembe na področju vodenja zaposlenih v slovenskem zdravstvu. V B. Skela Savič in B. M. Kaučič (ur.), Vodenje, motivacija in čustvena inteligenca vodje v zdravstvu: zbornik predavanj z recenzijo (str. 9–28). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
15. Skela Savič, B. in Pagon, M. (2007). Model dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah. Org., 40 (4), 63–74.
16. Kejžar, A. in Škabar, M. (2011). Organizacija in tehnike vodenja. Ljubljana: Zavod IRC. Pridobljeno 11. 2. 2016, s http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/vs/Gradiva_ESS/Impletum/IMPLETUM_276ORGANIZATOR_Organizacija_Kejzar.pdf.
17. Verle, K. in Markič, M. (2010). Procesna organiziranost in zadovoljstvo zaposlenih. Fakulteta za management, 5 (2), 131–147.

Znanje i implementacija načela prevencije infekcije kod i. v. primjene lijeka

UDK 615.472.5+614.48

KLJUČNE RIJEČI: medicinska sestra, periferni kateter, sprječavanje infekcije

POVZETEK - Cilj istraživanja je bio ispitati razinu znanja medicinskih sestara o postupcima sprječavanja infekcije i mogućim komplikacijama prilikom aplikacije i.v. terapije. Istraživanje je provedeno u Općoj županijskoj bolnici Požega u periodu od 4. veljača - 28. veljača 2017.g. Istraživanjem su obuhvaćene 182 medicinske sestre/tehničara. Statistički značajna razlika između odgovora medicinskih sestara srednje stručne spreme (SSS) i više/visoke stručne spreme (VŠS/VSS) evidentirana je kod definiranja pojmova infiltracije i ekstravazacije, kao mogućih komplikacija kod primjene i.v. terapije. Udio medicinskih sestara VŠS i VSS koje su točno definirale pojmove iznosio je 30,02 %, dok je svega 8,30 % medicinskih sestara SSS točno definiralo pojmove. Provedenim istraživanjem dobiven je uvid u nedostatno znanje medicinskih sestara. Iako je evidentan viši nivo znanja kod medicinskih sestara s višom razinom naobrazbe, rezultatima ne možemo biti zadovoljni, te se ističe potreba stalne edukacije na svim razinama.

UDC 615.472.5+614.48

KEY WORDS: nurse, peripheral catheter, infection prevention

ABSTRACT - The aim of this study was to examine the level of nurses' knowledge about the infection prevention and possible complications during intravenous (IV) application of medications. The research was conducted in the General Hospital Požega from 4th to 28th February 2017. The survey included 182 nurses. A statistically significant difference between the secondary education nurses and graduate nurses was recorded in defining terms of infiltration and extravasation as possible complications during IV application of medications. The proportion of graduate nurses who defined the terms correctly was 30.02 %, while only 8.30 % of secondary education nurses correctly defined the terms. The conducted research reveals the insufficient knowledge of nurses. Although there is a higher level of knowledge among nurses with a higher degree of education, we cannot be satisfied with the results, and the need for constant education at all levels is emphasised.

1 Uvod

Insercija perifernih katetera predstavlja najčešći invazivni zahvat u bolnicama kojeg provode medicinske sestre, stoga je najvažnija sigurna insercija i sigurno korištenje vaskularnog pristupa (Bodenham idr., 2016; Barton, Ventura in Vavrik, 2017). Aplikacija i. v. terapije je sastavni dio moderne medicine i prakticira se u svim razinama zdravstvene zaštite. Najveći dio hospitaliziranih bolesnika ima uveden najmanje jedan periferni venski kateter. Sam postupak insercije periferne vaskularne kanile je kršenje prirodne obrane tijela i krvožilnog sustava te postoji rizik za nastanak infekcije. Postoji mnogo faktora rizika povezanih s vaskularnim pristupom i lošim ishodom zahvata. Mogući su bol, oštećenje živaca, flebitis, infiltracija i ekstravazacija (Wallis idr., 2014; Unbeck idr., 2015). Postoje brojni dokazi intervencije radi ublažavanja tih rizika i sprječavanja štetnih posljedica. Navedene intervencije su dokumentirane u literaturi (Mestre idr., 2013; Marsh, Webster, Mihala in Rickard, 2015; Ullman idr., 2015).

U dosadašnjim istraživanjima navedeno je više čimbenika rizika za nastanak infekcije. Istraživači tako navode postupak uvođenja, fiksiranje i prekrivanje perifernog katetera, pristup i uporaba istog, vrijeme zadržavanja perifernog katetera, dob i komorbiditeti bolesnika, kao značajne čimbenike rizika za nastanak infekcije (Wallis idr., 2014; Marsh idr., 2015; Ullman idr., 2015; Unbeck idr., 2015; Bodenham idr., 2016; Barton idr., 2017). Pogreške u kontroli infekcije koje mogu nastati tijekom aplikacije i.v. terapije predstavljaju prijetnju za sigurnost bolesnika i značajan su izvor infekcija koje nastaju tijekom pružanja zdravstvene skrbi (Lindberg, Lindberg in Skytt, 2017). Niël-Weise, Stijnen i van den Broek (2010) ističu da je upala vena najčešća komplikacija i javlja se u 96 % od ukupnog broja komplikacija. Zingg i Pittet (2009) i Niël-Weise i suradnici (2010) navode rizike povezane s lijekom, niskim pH ili visokom osmolarnosti (npr. kalijev klorid, fenitoin ili kemoterapija) koji mogu oštetiti intimu te izazvati kemijski flebitis ili ekstravazaciju. Tehnika samog postupka insercije je također vrlo značajna, tako je Hart također predložio smanjenje broja manipulacija prilikom pripreme lijekova i vremena između pripreme i primjene lijeka. Znanja o tehnici insercije katetera i komplikacijama medicinske sestre stječu tijekom svog formalnog obrazovanja i implementiraju ga u svoj praktični rad.

2 Cilj

Cilj istraživanja je bio ispitati razinu znanja medicinskih sestara o postupcima sprječavanja infekcije i mogućim komplikacijama prilikom aplikacije i. v. terapije.

3 Materijali i metode

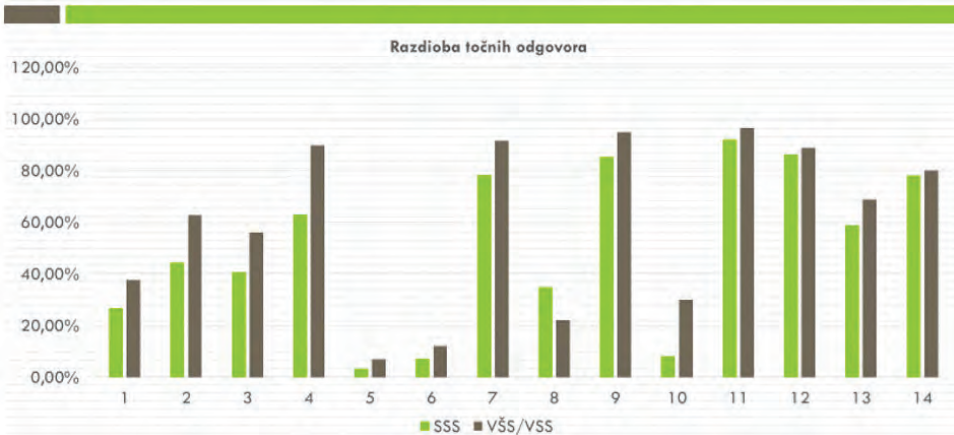
Provedeno je prospektivno istraživanje medicinskih sestara i tehničara u Općoj županijskoj bolnici Požega u periodu od 4. 2. 2017. do 28. 2. 2017. godine. U istraživanju su sudjelovale 182 medicinske sestre/tehničara. U provedenom istraživanju koristila se anonimna anketa kreirana za ovo istraživanje. Etičko povjerenstvo Opće županijske bolnice Požega je odobrilo istraživanje. Statistička obrada je vršena kroz distribuciju frekvencije i deskriptivnu statistiku.

4 Rezultati

Od 182 medicinske sestre/tehničara u istraživanju je sudjelovala 161 (88 %) medicinska sestra, dok je udio medicinskih tehničara iznosio 51 (12 %) Što se tiče razdiobe po nivou obrazovanja 123 (68 %) ispitanika imalo je srednju stručnu spremu (SSS), dok je 59 (32 %) medicinskih sestara i tehničara s višom i visokom stručnom spremom (VŠS, VSS). Najmanji broj točnih odgovora - 4 (3,25 %) medicinskih sestara sa srednjom stručnom spremom i 4 (7,08 %) medicinskih sestara i tehničara s višom i

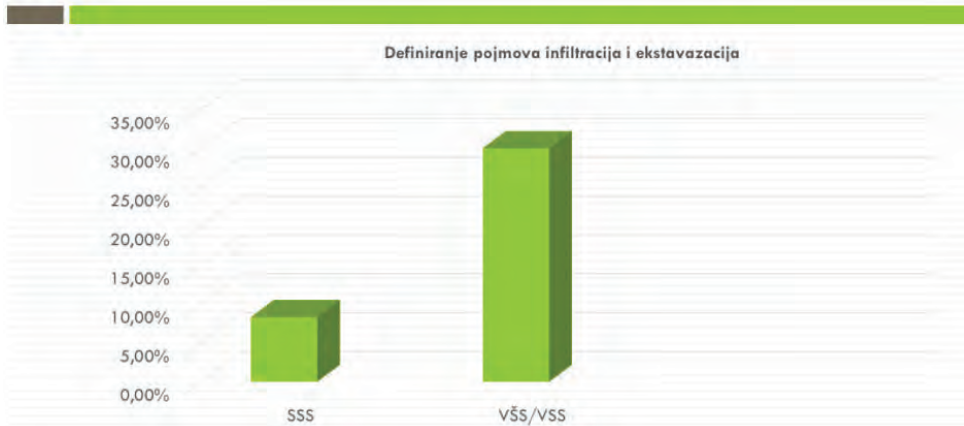
visokom stručnom spremom evidentiran je kod pitanja broj 5, gdje je trebalo opisati način provjere infiltracije, dok se ukupno 171 (94,05 %) medicinska sestra/tehničar izjasnilo za potrebu za trajnom edukacijom o načinima sprječavanja infekcija pri aplikaciji i.v. terapije (Graf 1).

Graf 1: Razdioba točnih odgovora



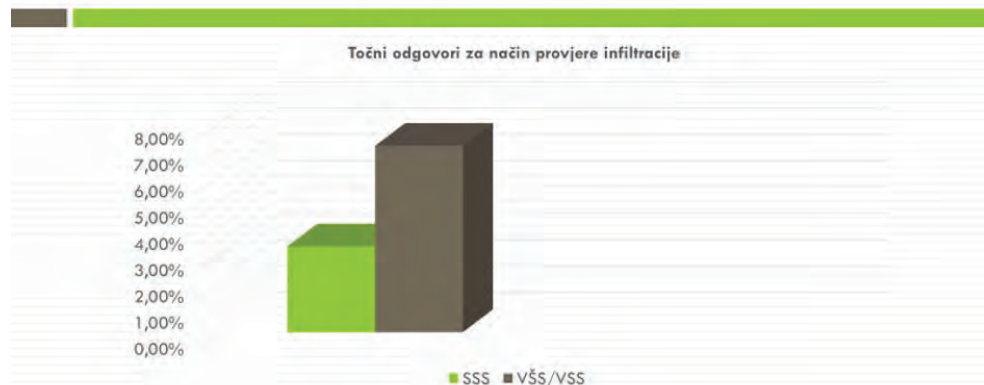
Udio medicinskih sestara s višom i visokom stručnom spremom koje su točno definirale pojmove infiltracija i ektravazacija iznosio je 18 (30,02 %), dok je svega 10 (8,30 %) medicinskih sestara srednje stručne spreme točno definiralo pojmove (Graf 2).

Graf 2: Udio točnih odgovora pri definiranju pojmova infiltracija i ektravazacija



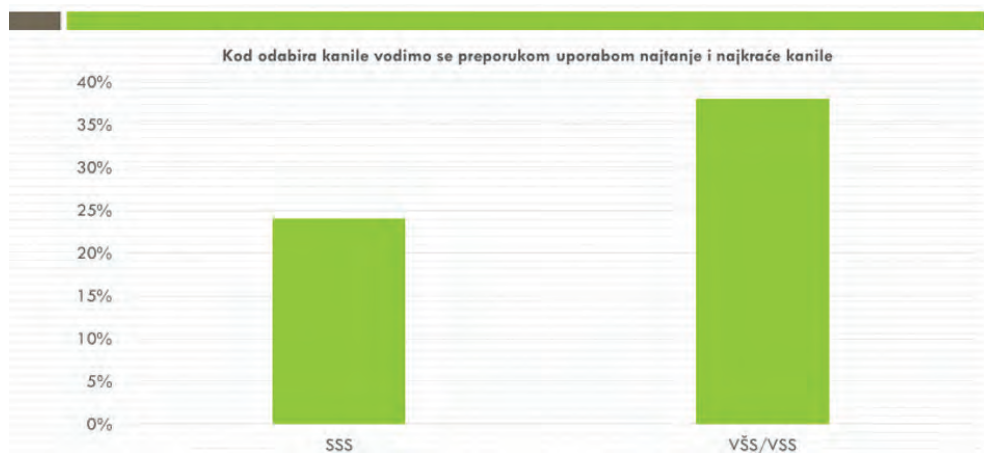
Način provjere infiltracije točno je opisalo 4 (7,08 %) medicinske sestre i tehničara s višom i visokom stručnom spremom i 4 (3,25 %) medicinske sestre sa srednjom stručnom spremom (Graf 3).

Graf 3: Udio točnih odgovora o načinu provjere infiltracije



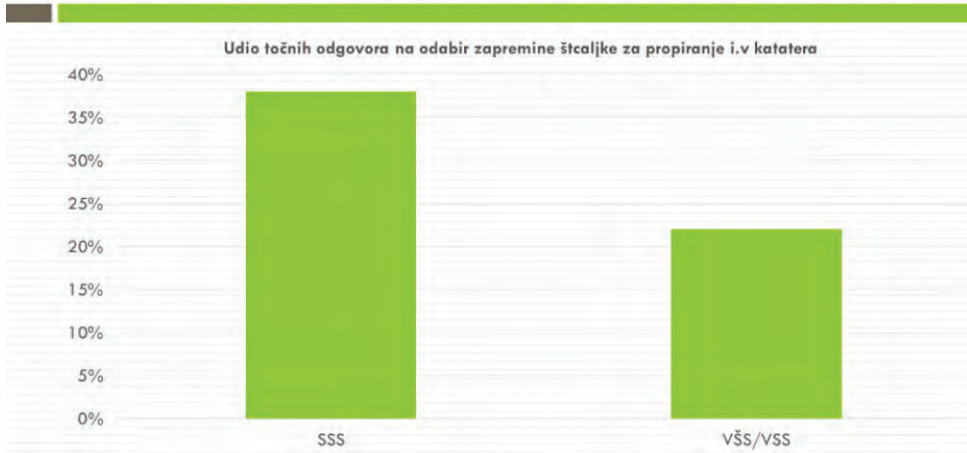
Pri odabiru veličine kanile točan odgovor je dalo 30 (24 %) medicinskih sestara/tehničara srednje stručne spreme, dok je udio točnih odgovora kod medicinskih sestara i tehničara s višom i visokom stručnom spremom iznosio 22 (37 %) (Graf 4).

Graf 4: Odabir veličine kanile



Pri odabiru zapremine štrcaljke za propiranje i.v. kanile točno je odgovorilo 46 (37 %) medicinskih sestara i tehničara srednje stručne spreme, dok je 13 (22 %) medicinskih sestara i tehničara s višom i visokom stručnom spremom dalo točan odgovor (Graf 5).

Graf 5: Točni odgovori za odabir veličine brizgalice kod propiranja i.v. kanile



5 Rasprava

U istraživanju je vidljivo da su ispitanici u svega 5 pitanja od mogućih 14 dali točne odgovore s 80 % i više točnosti. Ozbiljne komplikacije kao što su infiltracija i ekstravazacija su pojmovi koje nedovoljno razlučuju i interpretiraju. Najčešće ova dva pojma poistovjećuju. Doellman i suradnici (2009) definiraju pojmove infiltracije i ekstravazacije, pa kažu da je infiltracija nenamjerno propuštanje ne-vesikanta u okolno tkivo vene, a ekstravazacija curenje vesikanta u okolno tkivo. Ove komplikacije mogu uzrokovati ozbiljna oštećenja tkiva i nekrozu, te ih je potrebno brzo prepoznati i reagirati (Dougherty, 2010). Posljedice su različite i mogu dovesti do ozbiljnih ozljeda uključujući i potrebu za kirurškom intervencijom, što može dovesti do tjelesne i fizičke boli (Hadaway, 2007; Dougherty, 2010).

S obzirom na izrazito nizak udio točnih odgovora za definiranje pojmova infiltracije i ekstravazacije (30,02 % medicinskih sestara više i visoke stručne spreme i svega 8,30 % medicinskih sestra srednje stručne spreme dalo je točan odgovor), postavlja se pitanje poučavanja ovih pojmova u formalnoj edukaciji i kliničkom okruženju.

Točan način provjere infiltracije stavljanjem poveske iznad mjesta gdje je uvedena kanila, te potom puštanjem infuzije i promatranjem teče li infuzija što je znak infiltracija odgovorilo je svega 7,08 % medicinskih sestra s višom i visokom stručnom spremom i 3,25 % medicinskih sestra sa srednjom stručnom spremom. Ovakvo nizak udio točnih odgovora možemo objasniti utjecajem uzora iz radne okoline, a ne vođenjem za najboljom praksom temeljenoj na dokazima.

Smatra se da je ispiranje intravenoznih katetera neophodno u prevenciji kolizije. Zbog toga je dinamika tekućine, tehnike ispiranja i dovoljna količina ispiranja važna stvar u dogovarajućem ispiranju u svim tipovima katetera.

Preporuke trenutačne prakse su za ispiranje perifernih venskih katetera prije i poslije svakog davanja lijekova, i u redovitim intervalima kada periferni kateteri nisu u upo-

rabi (Dalton, Pheil, Lacy in Dalton, 2014; Guiffant, Flaud, Dantan, Dupont in Merckx, 2012; Lapalu idr., 2010). Teoretska svrha ispiranja je očuvanje otvorenosti katetera sprječavanjem unutarnje luminalne okluzije, smanjujući nakupljanje krvi i drugih proizvoda na unutarnjoj površini perifernog venskog katetera i sprječavanju interakcije nekompatibilnih tekućina/lijekova. Važni aspekti povezani s ispiranjem su promjer štrcaljke i dinamika protoka ubrizgavanja. Preporučuju se štrcaljke s promjerom barm od 10 mL. U našem istraživanju točan odgovor za odabir veličine štrcaljke za propiranje i sprječavanje okluzije i.v. kanile dalo je 24 % medicinskih sestara srednje stručne spreme i 37 % medicinskih sestara više i visoke stručne spreme.

Veličina umetanja i.v. kanile je značajna. Nekoliko studija i stručnjaka iz područja vaskularnog pristupa ističu uporabu i.v. kanila manjeg promjera, kako bi se smanjio rizik za nastanak flebitisa (Catney idr., 2001; Chee in Tan, 2002) te napominju da nema razloga da se bolesnike podvrgne umetanju velikog vaskularnog pristupa (<18G), osim ukoliko nije naznačeno pacijentovom potrebom. Naši rezultati pokazuju loše znanje o tome jer je svega 24 % medicinskih sestara srednje stručne spreme i 37 % medicinskih sestara više i visoke stručne spreme dalo točan odgovor o odabiru veličine kanile. Carr i suradnici (2011) u svom su istraživanju također dobili nisku razinu znanja o odabiru veličine perifernog katetera. Medicinske sestre su sve više odgovorne za većinu aspekata i. v. terapije. Pažljiva pozornost na aseptičnom načinu rada je neophodna u svim aspektima primjene parenteralne terapije, a medicinske sestre trebaju imati visoku svijest o ulozi koju imaju u prevenciji infekcija (Chalmers in Straub, 2006). Raspon i nivo znanja medicinskih sestara ovisit će o formalnom obrazovanju, opsegu njihove individualne prakse i poticanju radne okoline na kontinuiranom produbljivanju znanja i vještina (Kaliyaperumal, 2004).

Provedenim istraživanjem dobiven je uvid u nedostatno znanje medicinskih sestara. Iako je evidentan viši nivo znanja kod medicinskih sestara s višom razinom naobrazbe, rezultatima ne možemo biti zadovoljni, te se ističe potreba stalne edukacije na svim razinama. Buduće planove edukacije treba usmjeravati u prepoznavanju komplikacija kod primjene i. v. terapije, adekvatnom evidentiranju i odgovornim i stručnim postupcima medicinskih sestara. Standardizacija nomenklature komplikacija i uvođenje skala za nadzor i. v. terapije koje bi bile implementirane u sestrinsku dokumentaciju olakšali bi medicinskim sestrama praćenje mogućih komplikacija što bi doprinijelo smanjenju morbiditeta i rizika od infekcije. Tada će zdravstvena njega biti utemeljena na najvišim razinama dokaza, a sigurnost bolesnika i medicinskih sestara biti će visoko na listi prioriteta.

LITERATURA

1. Barton, A., Ventura, R. in Vavrik, B. (2017). Peripheral intravenous cannulation: protecting patients and nurses. *British Journal of Nursing*, 26 (8), S28–S33.
2. Bodenham, A., Babu, S., Bennett, J., Binks, J., Fee, P., Fox, B. idr. (2016). Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland: Safe vascular access 2016. *Anaesthesia*, 71 (5), 573–585.
3. Carr, P. J., Glanc, R. W., Dineen, B., Devitt, D., Flaherty, G., Krampaš, T. J., idr. (2011). Interns' attitudes to IV cannulation: a KAP study. *British Journal of Nursing*, 20 (4), S15–20.

4. Catney, M. R., Hillis, S., Wakefield, B., Simpson, L., Domino, L., Keller, S. idr. (2001). Relationship between peripheral intravenous catheter dwell time and the development of phlebitis and infiltration. *Journal of Infusion Nursing*, 24 (5), 332–341.
5. Chalmers, C. in Straub, M. (2006). Standard principles for preventing and controlling infection. *Nursing Standard*, 20 (23), 57–65.
6. Chee, S. in Tan, W. (2002). Reducing infusion phlebitis in Singapore hospitals using extended life end-line filters. *Journal of Infusion Nursing*, 25 (2), 95–104.
7. Dalton, M., Pheil, N., Lacy, J. in Dalton, J. (2014). The port clearance test: why it is important to clinicians. *Journal of the Association for Vascular Access*, 19 (1), 42–46.
8. Doellman, D., Hadaway, L., Bowe - Geddes, L. A., Franklin, M., LeDonne, J., Papke - O'Donnell, L. idr. (2009). Infiltration and extravasation: update on prevention and management. *Journal of Infusion Nursing*, 32 (4), 203–211.
9. Dougherty, L. (2010). *Current Management of Extravasation*. Amsterdam: World Congress on Vascular Access WoCoVA.
10. Guiffant, G., Flaud, P., Dantan, P., Dupont, C. in Merckx, J. (2012). Incidence of the curvature of a catheter on the variations of the miner volume: application to the peripherally central catheters. *ISRN Vascular Medicine*, 6.
11. Hadaway, L. (2007). Infiltration and extravasation. *The American Journal of Nursing*, 107 (8), 64–72.
12. Kaliyaperumal, K. (2004). Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. *Community Ophthalmology*, 4 (1), 7–9.
13. Lapalu, J., Losser, M. R., Albert, O., Levert, A., Villiers, S., Faure, P. idr. (2010). Totally implantable port management: import of positive pressure during needle withdrawal on catheter tip occlusion (an experimental study). *Journal of Vascular Access*, 11 (1), 46–51.
14. Lindberg, M., Lindberg, M. in Skytt, B. (2017). Risk behaviours for organism transmission in health care delivery-A two month unstructured observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 38–45.
15. Marsh, N., Webster, J., Mihala, G. in Rickard, C. M. (2015). Devices and dressings to secure peripheral venous catheters to prevent complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6.
16. Mestre, G., Berbel, C., Tortajada, P., Alarcia, M., Coca, R., Fernández, M. M. idr. (2013). Successful multifaceted intervention aimed to reduce short peripheral venous catheter-related adverse events: a quasiexperimental cohort study. *American Journal of Infection Control*, 41 (6), 520–526.
17. Niël - Weise, B. S., Stijnen, T. in Van Den Broek, P. J. (2010). Should in-line filters be used in peripheral intravenous catheters to prevent infusion-related phlebitis? A systematic review of randomized controlled trials. *Anesthesia & Analgesia*, 110 (6), 1624–1629.
18. Ullman, A. J., Cooke, M. L., Mitchell, M., Lin, F., New, K., Long, D. A. idr. (2015). Dressings and securement devices for central venous catheters (CVCs). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9.
19. Unbeck, M., Förberg, U., Ygge, B. M., Ehrenberg, A., Petzold, M. in Johansson, E. (2015). Peripheral venous catheter related complications are common among paediatric and neonatal patients. *Acta Paediatrica*, 104 (6), 566–574.
20. Wallis, M. C., McGrail, M., Webster, J., Marsh, N., Gowardman, J., Playford, E. G., idr. (2014). Risk factors for peripheral intravenous catheter failure: a multivariate analysis of data from a randomized controlled trial. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 35 (1), 63–68.
21. Zingg, W. in Pittet, D. (2009). Peripheral venous catheters: an under-evaluated problem. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 34, S38-S42.

Odkrivanje predkliničnih oblik ateroskleroze

UDK 616.13-004.6-085

KLJUČNE BESEDE: ateroskleroza, dejavniki tveganja, debelina intime in medije, infarkt miokarda

POVZETEK - Namen prispevka je predstaviti cilje raziskave, katere namen je bil ugotoviti razliko v debelini intime in medije na karotidnih arterijah med bolniki s prebolelim infarktom miokarda in skupino preiskovancev brez ishemične bolezni srca. V testni skupini je bilo 68 oseb s prebolelim infarktom med 38 in 78 letom starosti. Kontrolna skupina je imela 68 preiskovancev brez ishemične bolezni srca in je bila primerljiva s testno po starosti, spolu in kraju bivanja. Meritve debeline intime in medije (DIM) so bile izvedene s pomočjo B-ultrazvočnega prikaza z visoko resolucijo. Meritve so bile napravljene na zadnji steni na treh različnih mestih karotidnega ožilja v skupni karotidni arteriji v področju bulbosa in v notranji karotidni arteriji na levi in desni strani vratu. Seštevek vseh izmerjenih vrednosti debeline in medije smo imeli za povprečni DIM v testni in kontrolni skupini. Povprečna DIM pri preiskovancih s prebolelim AMI (0,914 mm) je bila v primerjavi s kontrolno skupino (0,882 mm) statistično pomembno večja ($p < 0,05$). Določanje debeline intime in medije nam pomaga pri izbiri preventivnih ukrepov tudi pri osebah, katerih celokupna ogroženost je glede na prisotnost klasičnih dejavnikov tveganja majhna ali srednje velika, ker je zadebelitev intime in medije kot predklinične oblike ateroskleroze napovedni dejavnik srčno-žilnih zapletov.

UDC 616.13-004.6-085

KEY WORDS: atherosclerosis, risk factors, thickness of intima-media, myocardial infarction.

ABSTRACT - The aim of this study was to determine an intima-media thickness ITM of the carotid arteries in patients after acute myocardial infarction. The test group included 68 patients after myocardial infarction, aged between 38 and 78 years. The control group consisted of 68 subjects without the ischemic heart disease, who were comparable to the test group by age, gender, and place of residence. High-resolution ultrasonography for the non-invasive measurement of the intima media thickness was used. The ITM was expressed as the mean of all measurements of the far wall at three different sites of the carotid arteries (the common carotid artery, carotid bifurcation, and internal carotid artery). Patients after the myocardial infarction (ITM = 0.914 mm), compared to subjects without the ischemic heart disease (ITM = 0.882mm) had a significantly increased ITM ($p < 0.05$). Assessing the preclinical forms of atherosclerosis enables us to recognise those individuals who are at the greatest risk, i.e. those in whom a process of atherosclerosis has already begun, and who need immediate elimination of the risk factors.

1 Uvod

Ateroskleroza je 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 cigaretnega dima, mikroorganizmi in zvišan krvni tlak. Nastaja aterosklerotična leha, ki postopoma oži svetlino arterije in zmanjšuje krvni pretok. Ob raztrganju lehe lahko novonastali krvni strdek nenadoma povsem zapre žilno svetlino in povzroči hudo poslabšanje bolezni (Poredoš, 1998).

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, periferijska bolezen (PAB) ali akutna ishemija uda. Glavni dejavniki,

ki sodelujejo pri razvoju ateroskleroze so: kajenje, zvišani krvni tlak, zvišana raven maščob v krvi in sladkorna bolezen. Posebej so ogroženi bolniki, ki imajo hkrati več dejavnikov tveganja za aterosklerozo (Mlačak, 1995; Wald in Law, 2003).

Akutni miokardni infarkt (AMI) nastane zaradi erozije ali rupture aterosklerotične lehe koronarne arterije, ki pomembno zoži ali popolnoma zapre svetlino koronarne arterije s posledično ishemijo in nekrozo prizadetega dela srčne mišice. Diagnoza sloni na klinični sliki (stenokardija – retrosternalna bolečina refrakтерна na nitroglicerin), elektrokardiogramu in ugotavljanju označevalcev mišičnega razpada (troponin). Ateroskleroza, torej ogroža arterije 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, 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 in aterosklerotičnimi plaki na karotidnih arterijah izpostavljene velikemu tveganju za srčni infarkt, tudi če nimajo svarilnih znakov, kot je angina pectoris ali tranzitorna ishemična ataka. Umrljivost bolnikov z zaporami perifernih arterij je pomembno večja kot pri enako starih osebah s neprizadetimi arterijami (Donnelly in Yeung, 2002; Blinc in Poredoš, 2007).

Zadebelitev oziroma zvečana debelina intime in medije karotidnih arterij je najzgodnejša merljiva morfološka sprememba arterijske stene v procesu aterogeneze. Pri zdravi osebi srednjih let debelina intime in medije (DIM) na skupni karotidni arteriji znaša okrog 0,7 mm. S starostjo se povečuje za okrog 0,6 % na leto oziroma za 0,1 mm na 10 let (Videčnik, 1998; Poredoš idr., 2006).

Cilj naše raziskave je bil ugotoviti razliko v debelini intime in medije med bolniki s prebolelim akutnim miokardnim infarktom, testna skupina in preiskovanci brez klinično zaznavne ishemične bolezni srca v kontrolni skupini. Hkrati smo želeli ugotoviti razliko v prevalenci dejavnikov tveganja za aterosklerozo med testno in kontrolno skupino.

2 Preiskovanci in metode

V raziskavo smo vključili 68 bolnikov s prebolelim akutnim miokardnim infarktom 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 smo vsakemu bolniku s prebolelim AMI našli njegov par, najbližjega soseda brez klinično manifestne ishemične bolezni srca, približno iste starosti (+, - 1 leto), spola ter kraja bivanja. Skupini sta bili primerljivi po starosti, spolu in kraju bivanja. Kriteriji za uvrstitev preiskovancev v testno skupino so bili: 1. preboleli infarkt srca, 2. klinično diagnosticiran in elektrokardiografsko potrjen AMI ter 3. pozitiven (zvečan) označevalec mišične nekroze v krvi (troponin) (Mlačak, 1995; Blinc, 1998).

Merjenje debeline intime in medije (DIM) karotidnih arterij z ultrazvočnim aparatom smo opravili na levi in desni strani vratu, na treh različnih segmentih karotidnega ožila: v področju skupne karotidne arterije 1 cm pod začetkom razcepišča, v področju bulbosa in arteriji karotis interni 1 cm za razcepiščem (Videčnik, 1998; Žvan, 1998).

Seštevek vrednosti vseh opravljenih meritev smo imeli za povprečno DIM, ki smo jo uporabili pri statistični analizi. 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 patološko vrednost pri PAB smo imeli vrednost gleženjskega indeksa (GI) $\leq 0,9$ (Mlačak, 1995; Šabovič, 2003).

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 ozirajo 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 2,5 % in v skupino »zelo debeli« tiste z vrednostjo ITM večjo od 3. Kri za ugotavljanje ravni fibrinogena 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).

Razliko v debelini intime in medije med testno in kontrolno skupino smo testirali s pomočjo Mann - Whitneyevega in Kruskal - Wallisovega testa. S pomočjo testa hi - kvadrat smo določili statistično pomembnost razlike v zastopanosti dejavnikov tveganja za aterosklerozo med obema skupinama.

3 Rezultati

V tabeli 1 so prikazane ugotovljene vrednosti debeline in medije (DIM) pri skupini bolnikov s prebolelim AMI in pri kontrolni skupini. V testni skupini je imelo 18 (26,5 %) preiskovancev zadebelitev intime in medije nad 0,9 mm in 25 (36,8 %) nad 1 mm, medtem ko je v kontrolni skupini pri 14 (20,6 %) preiskovancev ugotovljena

DIM nad 0,9 mm in pri 8 (11,8 %) nad 1 mm ($p < 0,05$). Razliko v povprečni DIM med skupinama smo preverili z Mann-Whitneyevim testom, ki je pokazal, da je povprečna DIM (0,926) v testni skupini pomembno večja v primerjavi s povprečno DIM (0,862) v kontrolni skupini ($p < 0,05$). S Kruskal-Walisovim testom smo testirali razliko v povprečni DIM med skupinami I (AMI = 1, PAB = 1), II (AMI = 1, PAB = 0), III (AMI = 0, PAB = 1) in IV (AMI = 0, PAB = 0), tabela 2. Test je pokazal, da obstaja statistično pomembna razlika v povprečni DIM med skupinami ($p < 0,05$). Z dodatnim preverjanjem razlik med skupinama s pomočjo Mann – Whitneyevega testa je ugotovljena statistično pomembna razlika v povprečni DIM med skupinama I in II ($p < 0,05$).

Tabela 1: Debelina intime in medije karotidnih arterij pri pacientih s prebolelim akutnim miokardnim infarktom (AMI), N = 50 in pri kontrolni skupini, N = 50

| | <i>vsi preiskovanci</i> | <i>AMI</i> | <i>kontrolna skupina</i> |
|-----------------------------|-------------------------|--------------------|--------------------------|
| povprečje (SD) | 0,878 (+, - 0,396) | 0,926 (+, - 0,396) | 0,862 (+, - 0,459) |
| mediana | 0,762 | 0,846 | 0,724 |
| interkvartilni razpon (q 1) | 0,674 | 0,702 | 0,638 |
| interkvartilni razpon (q 3) | 0,896 | 0,968 | 0,852 |
| število | 100 | 50 | 50 |

SD=standardna deviacija (odklon)

Tabela 2: Debelina intime in medije karotidnih arterij pri 4 skupine preiskovancev: I (AMI = 1, PAB = 1), II (AMI = 1, PAB = 0), III (AMI = 0, PAB = 1) in IV (AMI = 0, PAB = 0).

| | <i>vsi preiskovanci</i> | <i>skupina I</i> | <i>skupina II</i> | <i>skupina III</i> | <i>skupina IV</i> |
|--------------------------|-------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| povprečje (+, - SD) | 0,878 (+, - 0,396) | 1,118 (+, - 0,426) | 0,786 (+, - 0,138) | 0,876 (+, - 0,512) | 0,856 (+, - 0,462) |
| minimalna | 0,402 | 0,592 | 0,512 | 0,628 | 0,438 |
| maksimalna | 2,89 | 2,26 | 1,02 | 2,56 | 2,89 |
| mediana | 0,762 | 0,946 | 0,722 | 0,726 | 0,748 |
| interkvartilni razpon q1 | 0,674 | 0,846 | 0,662 | 0,638 | 0,645 |
| interkvartilni razpon q3 | 0,896 | 1,036 | 0,828 | 0,804 | 0,852 |
| število | 100 | 32 | 36 | 15 | 53 |

SD=standardna deviacija (odklon)

AMI=akutni miokardni infarkt

PAB=periferna arterijska bolezen

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 ($p < 0,05$).

Pri bolnikih s prebolelim AMI so bili dejavniki tveganja za aterosklerozo pomembno pogostejše zastopani kot pri kontrolni skupini: hipertenzija, 92,7 %: 79,5 % ($p < 0,01$), 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) (59,4 %:

13,2 % ($p < 0,001$). 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 inibitor).

4 Razprava

Preiskovanci s prebolelim akutnim miokardnim infarktom (AMI) so imeli statistično pomembno večjo debelino intime in medije (DIM) v primerjavi s kontrolno skupino. Naši rezultati se skladajo z rezultati drugih avtorjev, ki so ugotovili zvečano DIM pri bolnikih s klinično jasno sliko napredovale ateroskleroze in se kaže kot ishemična bolezen srca, cerebrovaskularna ali periferna arterijska bolezen (Salomen in Salomen, 1993; Chambless in idr., 1997).

Največjo DIM v skupini preiskovancev z AMI in PAB tolmačimo z dejstvom, da sta AMI in PAB neodvisna dejavnika za nastanek aterosklerotičnih zapletov, tudi cerebrovaskularne bolezni z zadebelitvijo intime in medije ter nastankom aterosklerotičnih leh na karotidnih arterijah. Zvečana DIM je bila bolj izrazita in pogostejša pri osebah z znižanim gleženjskim indeksom, ki odraža hemodinamsko pomembno stenozo z že napredovalo aterosklerozo. Z druge strani je AMI posledica aterotromboze na rupturirani aterosklerotični lehi ampak lahko nastane tudi na angiografsko neprizadetih venčnih arterijah ali hemodinamsko nepomembni stenozii. Dejstvo je, da je zadebelitev intime in medije prva strukturalna sprememba arterijske stene v procesu aterogeneze, ki jo lahko diagnosticiramo z neinvazivno ultrazvočno preiskavo. Poleg aterosklerotičnega procesa zadebelitev notranjih plasti arterije je lahko posledica bohotenja gladkih mišičnih celic in vezivnega tkiva v tuniki mediji kot odgovor na zvečan pretok, nateg arterijskega zidu pri hipertenziji ali preoblikovanju arterije pri zvečanemu premeru žilne stene (Žižek in Poredoš, 2002; Rundek in idr., 2008).

V praksi je težko spremljati incidenco kardiovaskularnih zapletov pri osebah z zvečano DIM na arterijah, ker pri osebah z zvečano koronarno ogroženostjo in z zgodnjo aterosklerozo z nefarmakološkimi ukrepi in z zdravili vplivamo na naravni potek aterogeneze. V skupini s prebolelim miokardnim infarktom je bila pogostost dejavnikov tveganja za aterosklerozo pomembno večja v primerjavi s kontrolno skupino. To ob razlagamo z dejstvom, da gre za zelo rizično skupino s številnimi dejavniki tveganja, ki pospešijo proces aterogeneze in nastanek hemodinamsko pomembne stenozii ali popolne zapore arterije. Raziskave pri nas in v svetu so pokazale, da sta zvečana DIM in znižani GI, kot kazalnika predklinične ateroskleroze tesno povezana s prisotnostjo dejavnikov tveganja za aterosklerozo, njihovim številom in s trajanjem ter da obstaja tesna povezava med celokupno kardiovaskularno ogroženostjo in izraženostjo predkliničnih funkcijskih in morfoloških sprememb arterijske stene (Poredoš in idr., 2006; Bots in idr., 1997).

Namreč učinki različnih dejavnikov tveganja, nalaganje oksidirane LDL – holesterola v žilno steno in makrofage, kot tudi drugih sestavin, ki se nahajajo v krvi v zve-

čani koncentraciji, ob hkratni zmanjšani endogeni fibrinolitični aktivnosti pospešujejo zadebelitev intime in medije in nastanek stabilne ali nestabilne aterosklerotične lehe. Večjo napovedno vrednost za nastanek kardiovaskularnih dogodkov poleg zvečane DIM imajo aterosklerotične, predvsem nestabilne lehe s tankim pokrovom in veliko v jedro plaka umeščenih lipidnih vložkov. Toda aterosklerotični plak je glede na sestavo, možnost rupture in tromboemboličnih zapletov že močno napredovali degenerativni proces arterijske stene. Mnenja o napovedni vrednosti DIM kot rizičnega dejavnika za nastanek zapletov niso enotna. V finski raziskavi, v kateri je sodelovalo 1257 moških, so ugotovili, da se z zvečanjem DIM za 0,1 mm tveganje za miokardni infarkt zveča za 11 % (Salonen in Salonen, 1993).

V raziskavi ARIC (The Atherosclerosis Risk in Communities Study) so ugotovili, da je povečana DIM povezana z 2 do 4 krat zvečanim tveganjem za koronarne srčne dogodke (Chambless idr., 1997).

V Rotterdamski študiji so dokazali povezavo med debelino IM z incidenco srčne in možganske kapi (Bots idr., 1997).

Meta analiza 18 presečnih bolnikov in prospektivnih študij, ki so ocenjevale napovedno vrednost DIM in aterosklerotičnih plakov za prihodnje koronarne dogodke so vključile 2920 bolnikov s srčno žilnimi boleznimi in 41941 preiskovancev brez klinično zaznane aterosklerotične bolezni, niso potrdile DIM za dejavnik tveganja (Wald idr., 2009). Podobno, novejša meta analiza 41 randoziziranih študij ni ugotovila zmanjšano tveganje za nastanek kardiovaskularnih dogodkov po z zdravili povzročeni regresiji oziroma zmanjšanju debeline intime in medije (Costanzo idr., 2010).

Čeprav ni jasnih, nedvoumnih dokazov, da je zvečana DIM dejavnik tveganja za srčno žilne dogodke, imajo osebe z zadebelitvijo intime in medije večje tveganje za nastanek AMI ali ishemične možganske kapi v primerjavi z osebami z zdravimi arterijami (Rundek, 2008; Darabian idr., 2013).

Večjo napovedno vrednost za kardiovaskularne dogodke dosežemo, če ob DIM upoštevamo prisotnost morebitnih aterosklerotičnih plakov teh standardnih in drugih dejavnikov tveganja za aterosklerozo kot so: CRP, lipoprotein (A), znižan HDL, homocistein in drugi (Rundek, 2008; Costanzo idr., 2006).

5 Zaključek

Ugotavljanje predkliničnih oblik ateroskleroze omogoča prepoznavanje ogroženih posameznikov in skupin, ki potrebujejo učinkovito odstranjevanje oziroma zdravljenje prisotnih dejavnikov tveganja za aterosklerozo. Za dokaz oziroma potrditev DIM kot dejavnika tveganja so potrebne prospektivne longitudinalne študije pri preiskovancih z nizkim in srednjim rizikom ter z zvečanim DIM, z možnostjo ocene vpliva farmakološkega zdravljenja na zmanjšanje DIM in posledično zmanjšanega tveganja za srčno žilne dogodke. 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 aterosklerotičnih 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 »electron beam«.

LITERATURA

1. Blinc, A. (1998). Stabilna in nestabilna aterosklerotična leha. *Med Razl*, 37 (3), 85–90.
2. 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.
3. Bots, M. L., Hoes, A. W., Koundstal, P. J., Hofman, A., Grobbee, D. E. (1997). Common carotid intima – media thickens and risk of stroke and myocardial infarction: the Rotterdam Study. *Circulation*, 96 (5), 1432–1437.
4. Chambless, L. E., Heiss, G., Folsom, A. R., Rismond, W., Szklo, M., Sharrett, A. R. idr. (1997). Association of coronary heart disease incidence with carotid arterial wall thickness and major risk factors: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study, 1987–1993. *Am J Epidemiol*, 146, 483–494.
5. Costanzo, P., Perrone - Filardi, P., Vassalo, E., Paolillo, S., Cesarano, P. in Brevetti, G. idr. (2010). Does carotid intima – media thicken ssregression predict reduction of cardiovascular events? A meta – analysis of 41 randomized trials. *J Am Coll Cardiol*, 56 (24), 2006–2020.
6. Donnelly, R. in Yeung, J. (2002). Management of intermittent claudication: the importance of secondary prevention. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 23 (3), 100–107.
7. Mlačak, B. (1995). *Angiologija za prakso*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, sekcija za splošno medicino.
8. Poredoš, P. (1998). Etiopatogeneza ateroskleroze. *Med Razl*, 37 (3), 1–12.
9. Poredoš, P., Poredoš, P., in Visnovič - Poredoš A. (2006). Pomen odkrivanja predkliničnih oblik ateroskleroze. *Zdrav Vestn*, 75 (6), 475–481.
10. Rundek, T., Arif, H., Boden - Albala, B., Elkind, M. S, Paik, M. C., Sacco, R. L. idr. (2008). Carotid plaque, a subclinical precursor of vascular events: the Northern Manhattan Study. *Neurology*, 70 (14), 1200–1207.
11. Salonen, J. T. in Salonen, R. (1993). Ultrasound B – mode imaging in observational studies of atherosclerotic progression. *Circulation*, 87 (3), II56–65.
12. Šabovič, M. (1998). Farmakološko zdravljenje ateroskleroze in njenih zapletov. *Med Razl*, 37 (3), 125–130.
13. Videčnik, V. (1998). Vloga dvojnega ultrazvočnega prikaza vratnih arterij pri odkrivanju zgodnjih oblik ateroskleroze. *Med Razl*, 37 (3), 91–94.
14. Wald, D. S. in Bestwick, J. P. (2009). Carotid ultrasound screening for coronary heart disease: results based on a meta – analysis of 18 studies and 44861 subjects. *J Med Screen*, 16 (3), 147–154.
15. Wald, N. J. in Law, M. R. (2003). A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *BMJ*, 326 (2), 1419–1424.
16. Žižek, B. in Poredoš, P. (2002). Dependence of morphological changes of the carotid arteries on essential hypertension and accompany – ing risk factors. *Int Angiol*, 21, 70–77.
17. Žvan, B. (1998). Sodobna ultrazvočna klasifikacija aterosklerotičnih leh v karotidnih arterijah. *Med Razl*, 37 (3), 95–102.

Preprečevanje okužb v enoti intenzivne terapije – primer dveh bolnišnic

UDK 616-083.98+616.9

KLJUČNE BESEDE: bolnišnične okužbe, okužbe, zdravstvo, medicinske sestre

POVZETEK - Bolnišnične okužbe (BO) so v enotah intenzivne terapije (EIT) zelo pogoste, zaradi prisotnosti veliko dejavnikov tveganja (npr. stanje pacienta, žilni in urinški katetri). Namen raziskave je bil ugotoviti vlogo izvajalcev zdravstvene nege (IZN) pri preprečevanju in obvladovanju BO v enoti EIT v dveh bolnišnicah, ene iz Slovenije in druge iz Hrvaške. Podatki so bili pridobljeni z anketiranjem 25 IZN v vsaki bolnišnici. Za analizo podatkov smo uporabili opisno statistiko, t-test za neodvisne vzorce in test hi-kvadrat. IZN se v obeh bolnišnicah zavedajo pomena preprečevanja in obvladovanja BO ter njihove vloge pri tem. V slovenski bolnišnici se IZN pogosteje udeležujejo izobraževanja s področja BO, na voljo imajo več sredstev za preprečevanje BO, bolje poznajo nekatere dejavnike tveganja in pogosteje izvajajo vse potrebne ukrepe za preprečevanje in obvladovanje BO. V obeh bolnišnicah se kaže potreba po dodatnem izobraževanju IZN, zagotavljanju vseh potrebnih sredstev za preprečevanje BO in povečanju števila zaposlenih.

UDC 616-083.98+616.9

KEY WORDS: nosocomial infections, healthcare-associated infections, nurses

ABSTRACT - Nosocomial infections (NI) are very common in intensive care units (ITUs), due to the presence of many risk factors (e.g. patient's condition, vascular and urinary catheters). The purpose of the research was to determine the role of nurses in preventing and controlling the NI in the ITU of two hospitals from Slovenia and Croatia. Data were obtained by interviewing 25 nurses in each hospital. Descriptive statistics, t-test for independent samples, and hi-square test were used for data analysis. Nurses in both hospitals are aware of the importance of preventing and controlling the NI and their role in the process. In the Slovene hospital, nurses more often participate in NI education, more funds are available to prevent NI, nurses better know some of the risk factors, and in the majority of cases take all necessary measures to prevent and control the NI. In both hospitals there is a need for additional education of nurses, providing all the necessary means for preventing NI and increasing the number of employees.

1 Teoretična izhodišča

Bolnišnične okužbe (BO) so bolezni oziroma patološke spremembe, ki nastanejo pri izpostavitvi posameznika zdravstveni oskrbi. Najpogosteje prizadenejo ranljivejše skupine pacientov in predstavljajo velik delež okužb, povezanih z zdravstvom. Vplivajo na finančne stroške, podaljšujejo hospitalizacijo ter prispevajo k invalidnosti in smrtnosti bolnikov. Pojav BO v razvitih deželah je pri približno eni tretjini pacientov v enotah intenzivne terapije (EIT), v manj razvitih pa so številke dva- do trikrat večje (Lejko Zupanc, 2013). V drugi nacionalni presečni raziskavi izvedeni v oktobru 2011 v 21 slovenskih bolnišnicah za akutno oskrbo je imelo BO 6,4 % pacientov. Delež bolnikov z najmanj eno BO je bil najvišji v EIT, kjer je znašal 35,7 %. Najpogostejše BO so bile okužbe sečil (19,4 %) in pljučnice (18,9 %) (Klavs idr., 2013).

Najpogostejši dejavniki tveganja za pojav BO v EIT so: tesni stiki med koloniziranimi pacienti, operativni posegi, slabši imunski sistem pacientov, uporaba širokega spektra antibiotikov, neizkušeno ali nepoučeno zdravstveno osebje, intubirani pacienti, pre-

veliko število bolnikov v eni sobi (Kodila, 2008). V velikih primerih do BO pride zaradi človeške napake, ki je posledica slabega delovanja sistema. Zelo pomembno je upoštevati izdelane standarde in postopke ter dokumentiranje in beleženje vseh aktivnosti pri pacientu. Evidentirati je potrebno tudi vse postopke in dogodke, ki pacientu predstavljajo grožnjo (Luštek in Berkopec, 2009).

Pravna ureditev BO v Sloveniji temeljni na splošni obveznosti izvajalca zdravstvene dejavnosti, da izvede vse ukrepe, s katerimi je BO mogoče preprečiti. Osnovne obveznosti v zvezi s tem so opredeljene v Zakonu o nalezljivih boleznih ter podzakonskih aktih: Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb, Pravilnik o strokovnem nadzoru izvajanja programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb ter Pravilnik o pitni vodi (Popovič, 2013). Podobno so stvari urejene na Hrvaškem, kjer je preprečevanje BO opredeljeno v Zakonu o zaščiti pučanstva od заразnih bolezni (2007) in Pravilniku o uvjetima in načinu obavljanja mjera za sprečavanje in suzbijanje bolničkih infekcija (2012).

Najpomembnejši ukrepi za preprečevanje in obvladovanje BO v EIT so: higiena rok, redno izobraževanje osebja, motivacija osebja, racionalna raba antibiotikov, izboljšanje negovalnih tehnik, ciljano in neškodljivo razkuževanje, evidenca bolnišničnih okužb, cepljenje osebja ter ustrezna zasedenost delovnih mest (Kodila, 2008). Študije kažejo, da bi z ustreznimi ukrepi v bolnišnicah lahko preprečili do 30 % bolnišničnih okužb (Dragaš in Škerl, 2004).

Medicinska sestra ima v EIT samostojno in odvisno vlogo. Njena odvisna vloga se kaže pri nadzorovanju življenjsko ogroženega pacienta, asistenci pri terapevtskih in diagnostičnih postopkih ter aplikaciji zdravil po naročilu zdravnika (Kodila, 2008). Samostojna funkcija medicinske sestre se nanaša na zadovoljevanje pacientovih potreb, ki izhajajo iz štirinajstih temeljnih življenjskih aktivnosti po Virginii Henderson, in sicer se pacienta podpira pri aktivnostih, ki jih zmore sam, ter pomaga pri tistih, ki jih samostojno ne zmore opravljati (Selič, 2008).

Namen raziskave je bil ugotoviti vlogo izvajalcev zdravstvene nege (IZN) pri preprečevanju in obvladovanju BO v enoti EIT v dveh bolnišnicah iz Slovenije in Hrvaške ter ugotoviti razlike med bolnišnicama pri preprečevanju in obvladovanju BO.

2 Metode

Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi dela in kvantitativni tehniki pridobivanja podatkov. Podatki so bili pridobljeni z anketiranjem.

Kot merski instrument smo na podlagi pregleda literature in drugih virov izdelali anketni vprašalnik, ki je vseboval 9 vprašanj zaprtega tipa, 4 vprašanja kombiniranega tipa in 5 Liekertovih lestvic stališč. Prvi sklop se je nanašal na sociodemografske podatke, drugi sklop na delo IZN v povezavi s preprečevanjem BO, v tretjem sklopu smo preverjali znanje IZN o BO, četrti sklop se je nanašal na poznavanje urejenosti službe za preprečevanje in obvladovanje BO. Vprašalnik smo prevedli v hrvaščino. Prevod je pregledal rojeni (domači) govorec hrvaščine.

Vzorec v raziskavi so predstavljali IZN v EIT v dveh splošnih bolnišnicah iz Slovenije in Hrvaške. V obeh bolnišnicah smo razdelili 35 vprašalnikov. V Sloveniji je bilo vrnjenih 27 vprašalnikov, od tega jih je bilo popolno rešenih 25. Na Hrvaškem je bilo vrnjenih 30 vprašalnikov, popolno rešenih jih je bilo 25. Pri analizi rezultatov smo upoštevali le popolno rešene ankete (71 % realizacija vzorca).

Vprašalnike smo osebno razdelili med izvajalce zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije v obeh splošnih bolnišnicah. Anketiranje je v Sloveniji potekalo od 21. 7. 2017 do 8. 8. 2017, na Hrvaškem pa od 1. 8. 2017 do 14. 8. 2017. Zbiranje izpolnjenih anketnih vprašalnikov smo opravili v avgustu 2017, ko smo rešene ankete osebno pobrali v posamezni bolnišnici. Predhodno smo pridobili pisno soglasje obeh bolnišnic. Vsem sodelujočim v raziskavi smo zagotovili anonimnost. Sodelovali so prostovoljno.

Za analizo podatkov uporabili statistični program SPSS. Odgovore smo statistično obdelali z osnovno opisno statistiko. Statistično značilnost ugotovljenih razlik smo preverjali s t-testom za neodvisne vzorce ter hi-kvadrat testom, pri čemer smo upoštevali stopnjo značilnosti $< 0,05$.

V prispevku je predstavljenih le del rezultatov. V celoti so dostopni v diplomski nalogi avtorice Mustafai (2017).

3 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 50 IZN, po 25 iz vsake bolnišnice. V slovenski bolnišnici je sodelovalo 96 % (24) žensk in 4 % (1) moških. Srednješolsko izobrazbo je imelo 40 % (10) IZN, ostali so imeli višjo izobrazbo (52 % visokošolsko, 8 % magisterij znanosti ali doktorat). 28 % (7) anketiranih je bilo starih manj kot 21 let, 24 % (6) je bilo starih od 21 do 30 let, 28 % (7) je bilo starih od 31 do 40 let ter 20 % (5) več kot 50 let.

V hrvaški bolnišnici je sodelovalo 92 % (23) žensk in 8 % (2) moških. 76 % (19) IZN je imelo srednješolsko izobrazbo, 20 % (5) jih je imelo visokošolsko izobrazbo in 4 % (1) so imeli magisterij znanosti ali doktorat. 12 % (3) je bilo starih manj kot 21 let, 24 % (6) je bilo starih od 21 do 30 let, 24 % (6) je bilo starih od 31 do 40 let, 20 % (5) je bilo starih od 41 do 50 let ter 20 % (5) je bilo starih več kot 50 let.

Da so BO na oddelku, kjer so zaposleni, zelo pogoste, tj. vsakodnevne, meni 32 % (8) IZN iz slovenske bolnišnice in 36 % (9) IZN iz hrvaške bolnišnice. V obeh bolnišnicah po 32 % (8) IZN meni, da so BO pogoste (pojavljajo se 3–6 krat tedensko). Ostali anketiranci iz obeh držav menijo, da so BO manj pogoste (36 %, 9 iz Slovenije ter 24 %, 6 iz Hrvaške). Izjema je anketiranec iz Hrvaške, ki meni, da BO na njihovem oddelku ni. Za namen testiranja razlik med državama, smo podatke združili na pogoste BO (3-krat na teden ali pogosteje) ter manj kot 3-krat na teden. Razlika med bolnišnicama ni statistično značilna ($\chi^2(1) = 0,260$, $p = 0,610$). 92 % (23) anketirancev iz slovenske bolnišnice in 88 % (22) iz hrvaške navajajo, da je pri njih že prišlo do izbruha na oddelku.

V slovenski bolnišnici en IZN najpogosteje skrbi za tri paciente ali pa za 4 paciente ali več (oboje po 48 % oziroma 12 anketirancev). Le en anketiranec (4 %) je odgovoril,

da skrbi za dva pacienta. V hrvaški bolnišnici en IZN najpogosteje skrbi za 4 paciente ali več (68 %, 17). Sedem (28 %) jih je odgovorilo, da en IZN skrbi za tri paciente ter eden (4 %), da le za enega. Za namen testiranja razlik med državama, smo podatke združili v dve skupini: en IZN skrbi za tri paciente ali manj ter en IZN skrbi za štiri paciente ali več. Statistično značilnih razlik med državama v številu pacientov za katere skrbi en IZN nismo ugotovili ($\chi^2(1) = 2,053$, $p = 0,152$).

V nadaljevanju je v tabeli 1 prikazano strinjanje IZN s trditvami, ki se nanašajo na dejavnike tveganja za BO. Strinjanje so anketiranci ocenjevali na lestvici od 1 do 5, pri čemer je 1 pomenilo sploh se ne strinjam in 5 se popolnoma strinjam. SLO – Slovenija, HRT – Hrvaška, \bar{x} – aritmetična sredina, SO – standardni odklon.

Tabela 1: Strinjanje izvajalcev zdravstvene nege s trditvami, ki se nanašajo na dejavnike tveganja za bolnišnične okužbe

| <i>Trditev</i> | <i>SLO</i> $\bar{x} \pm SO$ | <i>HRT</i> $\bar{x} \pm SO$ | <i>t-test</i> | <i>p</i> |
|--|--------------------------------|--------------------------------|---------------|----------|
| Starost nad 65 let je pomemben dejavnik, ki vpliva na pridobitev bolnišnične okužbe. | 3,76 ± 1,09 | 4,16 ± 0,75 | - 1,513 | 0,137 |
| Kronične bolezni (sladkorna bolezen, bolezen jeter, ledvic, rak, ...) ne vplivajo na pridobitev bolnišnične okužbe. | 3,48 ± 1,36 | 4,36 ± 0,64 | -2,933 | 0,006 |
| Več posegov kot je bilo izvedenih na posamezniku, večja je verjetnost, da bo posameznik pridobil bolnišnično okužbo. | 4,64 ± 0,49 | 4,08 ± 0,76 | 3,098 | 0,003 |
| Zračniki so lahko vir povzročiteljev bolnišničnih okužb. | 3,92 ± 1,04 | 2,64 ± 1,22 | 3,995 | 0,000 |
| Velikokrat se bolnišnično okužbo pridobi preko bolnišnične hrane. | 2,12 ± 0,78 | 2,36 ± 1,29 | -0,797 | 0,430 |
| Velikokrat se bolnišnično okužbo pridobi preko nege pacienta. | 3,64 ± 1,08 | 4,00 ± 1,00 | -1,226 | 0,226 |
| Velikokrat se bolnišnično okužbo pridobi preko urinskega katetra. | 3,72 ± 0,98 | 3,84 ± 0,99 | -0,432 | 0,668 |
| Velikokrat se bolnišnično okužbo pridobi preko žilnega katetra. | 3,52 ± 1,12 | 3,12 ± 1,39 | 1,117 | 0,269 |
| Osebna higiena zdravstvenega delavca je pomemben dejavnik, ki pripomore k preprečevanju bolnišničnih okužb. | 4,28 ± 1,21 | 3,88 ± 1,01 | 1,26 | 0,211 |
| V primeru, da se na oddelku upošteva standardne higienske ukrepe, je pojavnost bolnišničnih okužb večja. | 1,72 ± 0,89 | 2,00 ± 1,16 | -0,960 | 0,342 |
| Pitna voda je lahko vir bolnišničnih okužb. | 3,40 ± 1,00 | 2,48 ± 1,23 | 2,812 | 0,007 |
| Pojav bolnišnične okužbe pri pacientu ni odvisen od njegove odpornosti. | 1,60 ± 0,87 | 2,44 ± 1,04 | -3,096 | 0,003 |
| Od virulence mikroba je odvisno, ali lahko povzroči bolnišnično okužbo. | 3,52 ± 0,92 | 4,00 ± 0,96 | -1,809 | 0,077 |

Vir: Anketni vprašalnik, 2017.

Iz tabele 1 je razvidno, da anketiranci iz obeh bolnišnic dobro poznajo dejavnike tveganja za nastanek in prenos BO. Poznavanje je podobno pri osmih trditvah, pri petih trditvah pa je poznavanje dejavnikov tveganja statistično značilno boljše pri IZN iz slovenske bolnišnice ($p < 0,01$).

Da ustanova zagotavlja vsa potrebna sredstva za preprečevanje BO, je prepričanih 17 (68 %) anketirancev iz slovenske bolnišnice in 8 (32 %) anketirancev iz hrvaške bolnišnice. Ostali menijo, da jih ustanova ne zagotavlja. Razlika med bolnišnicama je statistično značilna ($\chi^2(1) = 6,480$, $p = 0,011$). Vzroki nezagotavljanja ustreznih zaščitnih sredstev so po mnenju anketirancev v Sloveniji: premalo rokavic in razkužil (4 anketiranci), prostorska stiska (4), premalo kadra (3), neustrezna zaščitna sredstva (2), neprijemni delovni pogoji (2). Na Hrvaškem so anketiranci našli naslednje vzroke: premalo zaščitnih sredstev (8 anketirancev), neustrezne delovne razmere (4), premalo kadra (2).

V tabeli 2 je podano strinjanje IZN s trditvami, ki se nanašajo na njihovo ravnanje na področju preprečevanja in obvladovanja BO. Strinjanje so anketiranci ocenjevali na lestvici od 1 do 5, pri čemer je 1 pomenilo sploh se ne strinjam in 5 se popolnoma strinjam. SLO – Slovenija, HRT – Hrvaška, \bar{x} – aritmetična sredina, SO – standardni odklon.

Tabela 2: Strinjanje izvajalcev zdravstvene nege s trditvami, ki se nanašajo na ravnanja na področju preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb

| Trditev | SLO $\bar{x} \pm SO$ | HRT $\bar{x} \pm SO$ | t-test | p |
|--|-------------------------|-------------------------|--------|-------|
| Menim, da so medicinske sestre ključne pri preprečevanju bolnišničnih okužb na oddelku intenzivne terapije. | 4,40 ± 0,76 | 4,48 ± 0,65 | -0,398 | 0,692 |
| Menim, da imam dovolj znanja na področju preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb. | 3,88 ± 0,88 | 3,40 ± 1,35 | 1,486 | 0,145 |
| Menim, da izvajam vse potrebne ukrepe za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb. | 4,16 ± 0,99 | 3,44 ± 1,29 | 2,213 | 0,032 |
| Higiena rok je zelo pomembna pri preprečevanju bolnišničnih okužb. | 4,56 ± 0,77 | 4,20 ± 0,96 | 1,466 | 0,149 |
| Roke si razkužim pred vsakim posegom. | 4,60 ± 0,71 | 4,32 ± 0,85 | 1,264 | 0,212 |
| Rokavice si zamenjam pri vsakem pacientu. | 4,40 ± 1,04 | 3,80 ± 1,26 | 1,837 | 0,072 |
| V primeru znane okužbe s Clostridium difficile, rotavirusi ali norovirusi, si roke umivam in ne samo razkužujem. | 4,44 ± 0,87 | 3,20 ± 1,38 | 3,792 | 0,000 |
| Pravilno razvrščam odpadke. | 4,44 ± 0,96 | 2,84 ± 1,34 | 4,842 | 0,000 |
| V primeru, da se sodelavec ne drži protokola za preprečevanje bolnišničnih okužb, ga opozorim. | 4,12 ± 0,78 | 2,40 ± 1,23 | 5,920 | 0,000 |
| V primeru, da se sodelavec po opozorilu ne drži protokola za preprečevanje bolnišničnih okužb, primerno ukrepam. | 3,92 ± 1,15 | 1,52 ± 0,77 | 8,660 | 0,000 |
| Edukacija zunanjih obiskovalcev in svojcev pacientov v izolaciji o higieni rok je pomembna pri preprečevanju bolnišničnih okužb. | 4,76 ± 0,52 | 3,68 ± 1,38 | 3,669 | 0,001 |
| Redno izvajam edukacijo pri obiskovalcih pacienta o preprečevanju okužb. | 4,32 ± 0,99 | 2,80 ± 1,19 | 4,913 | 0,000 |

Vir: Anketni vprašalnik, 2017.

Iz tabele 2 je razvidno, da se IZN iz slovenske in hrvaške bolnišnice zavedajo, da so medicinske sestre ključne pri preprečevanju BO v EIT. Oboji ocenjujejo, da še

imajo primanjkljaj v znanju s področja preprečevanja in obvladovanja BO. Statistično značilnih razlik med bolnišnicama ni. V slovenski bolnišnici statistično značilno pogosteje izvajajo potrebne ukrepe za preprečevanje in obvladovanje BO v 6 primerih od 8 ($p < 0,05$). Razlika med bolnišnicama je glede stališča o edukaciji zunanjih obiskovalcev in svojcev pacienta v izolaciji o higieni rok ($p = 0,001$).

64 % (16) IZN v EIT iz slovenske bolnišnice se udeležuje izobraževanj s področja preprečevanja in obvladovanja BO vsaj enkrat letno, ostali se jih udeležijo manj kot enkrat letno. IZN iz hrvaške bolnišnice se udeležujejo izobraževanj vsaj enkrat letno v 36 % (6 anketirancev), ostali pa manj kot enkrat letno. Slovenski anketiranci se statistično značilno pogosteje izobražujejo s področja preprečevanja in obvladovanja BO ($\chi^2(1) = 8,117, p = 0,004$).

4 Razprava

V raziskavi smo ugotavljali vlogo IZN v EIT dveh splošnih bolnišnic iz Slovenije in Hrvaške na področju preprečevanja in obvladovanja BO. Ugotoviti smo želeli morebitne razlike med državama ter poiskati vzroke zanje. V vsaki bolnišnici je popolno rešeno anketo oddalo 25 IZN. V vzorcu so prevladovalе ženske, iz hrvaške bolnišnice s srednješolsko in iz slovenske bolnišnice z višjo izobrazbo. V vzorcu iz Hrvaške je bilo več IZN starejših od 50 let in manj mlajših od 21 let kot v vzorcu iz Slovenije.

IZN, ki so sodelovali v naši raziskavi navajajo, da so bolnišnične okužbe pri njih pogoste, saj dve tretjini IZN meni, da se pojavljajo vsaj trikrat tedensko. V obeh bolnišnicah je že prišlo tudi do izbruhov. Podatki iz literature kažejo, da so prav EIT tisti oddelki v bolnišnicah, kjer dejansko prihaja do največje incidence BO (Klavs idr., 2013). V razvitih državah ima do 51 % pacientov v EIT okužbo, okoli 30 % jih okužbo pridobi v bolnišnici (Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide, 2011).

IZN v obeh bolnišnicah praviloma skrbijo za vsaj tri paciente. Raziskave kažejo, da je preživetje pacientov v EIT odvisno od števila medicinskih sester, ki skrbijo zanje (Penoyer, 2010; Sakr idr., 2015; West idr., 2014), zato bi bilo smiselno razmisliti, o večjem številu zaposlenih IZN na oddelkih EIT.

Dejavnike tveganja za nastanek in prenos BO dobro poznajo IZN v obeh bolnišnicah. Poznavanje je statistično značilno večje med IZN iz slovenske bolnišnice. Vzrok je lahko večji delež višje izobraženega kadra (60 % v slovenski bolnišnici, 24 % v hrvaški). V slovenski bolnišnici se IZN tudi statistično značilno pogosteje udeležujejo izobraževanj s področja preprečevanja in obvladovanja BO. Ker IZN iz obeh bolnišnic menijo, da jim še vedno primanjkuje znanja, bi bilo dobro v obeh bolnišnicah zagotoviti dodatna izobraževanja kadra o BO. Ustrezni intervencijski edukacijski programi lahko močno znižajo incidenco BO v enotah intenzivne terapije (Coopersmith idr., 2002). Pri uvajanju novih strategij preprečevanja BO je priporočljivo upoštevati naslednje: a) pritegniti je treba delavce k sodelovanju, da razumejo koristi uvajanja novega programa; b) izobraževanje vodstva, zdravnikov, IZN, pacientov in njihovih

svojcev; c) izvajanje programa in d) ocenjevanje učinkovitosti novega programa. (Anderson idr., 2014). Vsi zdravstveni delavci se morajo izobraževati na področju preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (Avsec - Letonja idr., 2009). Izobraževanje se mora pričeti že ob začetku delovne kariere in se skozi delo obnavljati. Vsebina izobraževanja mora biti prilagojena glede na stopnjo izobrazbe in delovne kompetence.

Poleg IZN in drugih delavcev v bolnišnici, je pomembna tudi vloga ustanove same, ki mora zagotavljati vsa potrebna sredstva za preprečevanje BO ter zagotavljati ustrezno izobraženost kadra, skrbeti za nadzor nad izvajanjem programa preprečevanja in obvladovanja BO in motivirati delavce za izvajanje le tega (Avsec - Letonja, 2009). Da ustanova zagotavlja potrebna vsa potrebna sredstva za preprečevanje BO, je prepričanih dve tretjini IZN iz slovenske bolnišnice in le ena tretjina IZN iz hrvaške. Oboji pogošajo predvsem zadostno količino zaščitnih sredstev, predvsem rokavic in razkužil. To je morda, poleg znanja, tudi vzrok za slabše izvajanje ukrepov za preprečevanje in obvladovanje BO v hrvaški bolnišnici.

IZN se v obeh bolnišnicah zavedajo pomena preprečevanja in obvladovanja BO ter njihove vloge pri tem. Vloga IZN je, poleg upoštevanja vseh pravil za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, osveščanje in prenos znanja na vse posameznike, ki ne delajo v zdravstvu, vendar pridejo v stik s pacienti, saj je lahko vsak posameznik potencialni prenašalec povzročitelja okužbe. Pri obravnavi pacienta z okužbo mora sodelovati cel zdravstveni tim in se pri tem držati protokolov za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb. Pomembno je, da vsak zdravstveni delavec ve, kje lahko najde protokole, pisna navodila o higieni rok, higiensko mapo in navodila za izvajanje določenih posegov. Le tako je lahko oskrba popolna, celostna in v prid pacienta.

Predstavljene razlike med državama so med drugimi verjetno posledica ekonomskih razlik med državama, kasnejšemu pristopu Hrvaške v Evropsko unijo in s tem nekoliko kasnejšim sprejemanjem zakonodaje s širšega področja preprečevanja bolnišničnih okužb.

Raziskava ima omejitve, saj je bila narejena le na vzorcu dveh bolnišnic. Dejanske razlike med državama bi lahko dobili, če bi raziskavo ponovili na večjem vzorcu bolnišnic. Vseeno rezultati raziskave ponujajo oporne točke za nadaljnjo delovanje na področju preprečevanja in obvladovanja BO v EIT.

LITERATURA

1. Anderson, D. J., Podgorny, K., Berrios - Torres, S. I., Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Greene, L. idr. (2014). Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infection control and hospital epidemiology*, 35 (S2), 66–88.
2. Avsec - Letonja, D., Dolenc, M., Dolinšek, M., Dragaš, A., Grgič Vitek, M., Grosek, Š. idr. (2009). Strokovne podlage in smernice za obvladovanje in preprečevanje okužb, ki so povezane z zdravstvom oziroma zdravstveno oskrbo. Ljubljana: MZ RS.
3. Coopersmith, C. M., Rebmann, T. L., Zack, J. E., Ward, M. R., Corcoran, R. M., Schallom, M. E. idr. (2002). Effect of an education program on decreasing catheter-related bloodstream infections in the surgical intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 30 (1), 59–64.

4. Dragaš, A. Z. in Škerl, M. (2004). Higiena in obvladovanje okužb. Ljubljana: Založba ZRC.
5. Klavs, I., Kolman, J., Lejko Zupanc, T., Kotnik - Kevorkijan, B., Korošec, A., Serdt, M. idr. (2013). Prevalenca bolnišničnih okužb v slovenskih bolnišnicah za akutno oskrbo. *Medicinski razgledi*, 52 (S6), 11–16.
6. Kodila, V. (2008). Osnovni vodnik po kirurški enoti intenzivnega zdravljenja. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.
7. Lejko Zupanc, T. (2013). Globalni pogled na problematiko okužb, povezanih z zdravstvom. *Medicinski razgledi*, 52 (S6), 5–10.
8. Luštek, B. in Berkopec, M. (2009). Dejavniki tveganja v perioperativni zdravstveni negi. V M. Berkopec (ur.), 1. dnevi Marije Tomšič: Primeri dobre prakse v zdravstveni negi (str. 80–87). Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto v sodelovanju z Društvom medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto in Visoko šolo za zdravstvo v Novem mestu.
9. Mustafai, D. (2017). Vloga medicinske sestre pri preprečevanju in obvladovanju bolnišničnih okužb v enoti intenzivne terapije. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.
10. Penoyer, D. A. (2010). Nurse staffing and patient outcomes in critical care: A concise review. *Critical Care Medicine*, 38 (7), 1521–1528.
11. Popovič, B. (2013). Zakonodaja o okužbah, povezanih z zdravstvom, v praksi. *Medicinski razgledi*, 52 (S 6), 36–40.
12. Pravilnik o uvjetima in načinu obavljanja mjera za sprečavanje in suzbijanje bolničkih infekcija. (2012). Narodne novine, Službeni list Republike Hrvatske, št. 85 (25. 7. 2012). Pridobljeno 13. 11. 2017, s https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2012_07_85_1949.html.
13. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. (2011). Geneva: World Health Organization. Pridobljeno 14. 11. 2017, s http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf?ua=1.
14. Sakr, Y., Moreira, C., Rhodes, A., Ferguson, N. D., Kleinpell, R., Pickkers, P. idr. (2015). The impact of hospital and IUC organizational factors on outcome in critically ill patients: results from the extended prevalence of infection in intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 43 (3), 519–526.
15. Selič, J. (2008). Zdravstvena nega nevrološkega bolnika po življenjskih aktivnostih. V K. Wirth (ur.), (Tema srečanja: nevrološka obolenja v starosti): zbornik predavanj/Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, 24. strokovno srečanje, Terme Ptuj, 7. in 8. oktober 2008 (str. 26–29). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih.
16. West, E., Barron, D. N., Harrison, D., Rafferty, A. M., Rowan, K. in Sanderson, C. (2014). Nurse staffing, medical staffing and mortality in Intensive Care: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 781–794.
17. Zakon o zaščiti pučanstva od заразnih bolesti. (2007). Narodne novine, Službeni list Republike Hrvatske, št. 79 (30. 7. 2007). Pridobljeno 13. 11. 2017, s https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2007_07_79_2486.html.

Aging and Ageism or Let Us Not be Afraid of Getting Old

UDC 616-053.9-083

KEY WORDS: *old age, gerontology, nursing, age discrimination*

ABSTRACT - Aging, old age and death were the themes that concerned humankind in all epochs. With the increasing average age of the population, the fact of really ageing population seems as an alarming phenomenon. It also affects the area of health care, where older people play and will play a significant role in the future. Older people's care in Czech Republic and abroad is facing many challenges. The paper deals with this topic by describing gerontological nursing and its difficulties, and solving the issue of ageism. The aim is to present several levels of the old age, and to analyse the current state of nursing students' training in older people's care, which is taught at secondary nursing schools. Exactly these students will provide the care to the ageing people during their professional practice and subsequently when employed in the clinical setting. It is therefore necessary to know the specifics of gerontological nursing. The paper also deals with the question whether nursing students will be sufficiently prepared to provide the nursing care in connection with the current requirements of the society and whether they are able to recognize the age discrimination and prejudice against the old age.

UDK 616-053.9-083

KLJUČNE BESEDE: *starost, gerontologija, zdravstvena nega, starostna diskriminacija*

POVZETEK - Staranje, starost in smrt so teme, ki skrbijo človeštvo že od nekdaj. S povečanjem povprečne starosti prebivalstva, dejstvo dejanskega staranja prebivalstva postaja zaskrbljujoč pojav. Ta pojav vpliva tudi na področje zdravstvenega varstva, kjer bodo starejši igrali pomembno vlogo v prihodnosti. Nega starostnikov na Češkem in v tujini se sooča s številnimi izzivi. Prispevek se ukvarja s to temo preko opisa gerontološke zdravstvene nege in njenih težav ter reševanja vprašanja predsodkov do starejših. Cilj je predstaviti več ravni staranja in analizirati trenutno stanje praktičnega usposabljanja dijakov na področju nege starostnikov, ki je obvezen predmet srednjih zdravstvenih šol. Ravno ti dijaki bodo izvajali nego starostnikov med svojo strokovno prakso in pozneje, ko bodo zaposleni v kliničnem okolju, zato morajo poznati posebnosti gerontološke zdravstvene nege. Prispevek se tudi ukvarja z vprašanjem, ali bodo dijaki zdravstvene nege dovolj pripravljene izvajati nego v skladu s trenutnimi zahtevami družbe, in ali so seznanjeni ter znajo prepoznati starostno diskriminacijo in predsodke o starosti.

1 Introduction

Aging, old age and death were the themes that concerned humankind in all epochs. Experts in various fields have been searching and still are searching for the causes of human aging. With the onset of humankind, not only medicine with alchemy, but also philosophy, religion and literature dealt with this problem. There is no doubt that population is aging and the human age is prolonging. Aging of humankind is nowadays a problem almost worldwide. With the prolonged average age of man, aging of population seems to be an alarming phenomenon. There is also threat of a socio-economic and generational collapse of society. This, of course also affects the sphere of health care. Senior care in the Czech Republic, but also elsewhere in the world, faces many challenges. It is not just about changes in financing, but there are also changes in the stru-

cture of care needs. In the future, we can expect an increasing demand for health and social care for the elderly.

In the Czech Republic, the area of senior care was on the edge of both social and political interest. Senior care providers have had to cope with a lack of funding for a long time. But over the past twenty years, the area of senior care has gone through many changes in practice. New types of services have developed, providers have begun to apply new methods of work. For this reason, I have dealt in my work with these topics: issues of ageism and, last but not least, gerontological nursing with the analysis of training and education in the field of Nursing Assistant included. Primarily students of this field of study will provide care to ageing people in professional practice and subsequently in their employment. According to demographic facts and an increasing number of seniors it is possible to conclude that students who are currently preparing for the health care profession will often come in contact with clients of geriatric age since there is an increase in number of healthcare services for geriatric patients. Gerontology nursing intervenes into many nursing specializations; therefore it is necessary to know the specifics of gerontological nursing.

I am daily among students - young people who are preparing for the job where they are likely to have a daily contact with the elderly. Therefore I was interested in their opinion and knowledge of this issue and I wondered whether these nursing students would be ready to provide nursing care in connection with the current requirements of the society. And I have also been immodestly hoping that their four-year study of health care disciplines, and especially the professional practice, would help to bridge the huge generation gap in mentality, behavior and manner between them and the elderly.

2 Old Age as a Social Phenomenon

The issue of old age have crossed the framework of personal and family events and has become a social challenge. Dramatic demographic developments have made old age a reality that affects the quality of life of each individual, and thus the development of society.

According to the appeal of the World Health Organization, it is realistic to strive to add life to years, not just years to life.

2.1 Gerontology as a Necessity of Postmodern Society

Human life is impermanent; an individual gets older from the moment of birth. Most of us live up to senior age. Human life is longer nowadays. And it is longer at the postproductive stage. So in front of the whole society, but also in social science there is a wide sphere of various activities.

Gerontology is an interdisciplinary science that includes everything about old man in health and illness. Gerontologists examine a man from the biological, physiological, pathological, social and socio-psychological aspects.

In some states geriatrics is, in a narrow sense of the word, a separate medical specialization, which is based on internal medicine (Mühlpachr, 2009).

Gerontopsychology, or gerontological psychology, is part of developmental psychology and it studies psychological changes during aging and old age (Šimíčková-Čížková, 2008).

2.2 The Definition of Age

It is very difficult to determine one uniform definition of age and its periodization. Aging takes place throughout the whole human life. Its signals become evident from about 4th to 5th decade.

Old age is described from several levels: biological, social and calendar age.

2.3 Age in Terms of Demography

One of the global problems of humankind is the population growth. At present, 580 million people over 60 are living in the world. In the context of the demographic situation, Europe is referred to as "Graying Europe".

In 2015, according to demographic data, 2 653 770 people over 60 (i.e. 28% of the population) lived in the Czech Republic (Mühlpachr, 2009).

2.4 Changes in Old Age

These changes take place in the physical, mental and social layers. These are interconnected systems. Old age is the "autumn" of life, it also reflects the preceding phases of life (influenced by, for example, lifestyle, nutrition, excessive strain of some organ systems) (Kalvach, 2007).

2.5 Most common nursing problems and disorders in old age

Specific changes that cumulate over time are characteristic for old age. The most common disorders include dementia, delirium and depression. Furthermore, they are decubitus, sensory disorders, instability, falls and mobility disorders, dehydration, eating disorders, incontinence, sleep disorders, pain and so on (Jarošová, 2006).

3 Ageism - Stereotypes and Prejudice against Aging

The attitude of today's society towards old age and the elderly is generally rather negative. Old age is understood as a period when a person is only declining. The value system of current society emphasizes the preservation of youth competencies (youthful looks, performance, etc.), and this strongly disadvantages the elderly.

Ageism - an attitude, that expresses generally shared beliefs about low value and incompetence of an old age, is reflected in underestimation, rejection, eventually even distaste for the elderly. As a result of such attitude, symbolic and real discrimination occurs only on basis of old age. This attitude considers all of old people without

exceptions to be inferior. The term is sometimes described as “age discrimination” or “discrimination on the grounds of age” (www.ageismus.cz).

4 Education in the Field of Nursing Assistant

The study field of nursing assistant has replaced the study field nurse. Now there is a change of legislation in the Czech Republic and newly term Practical Nurse occurred. It is a four-year study and it focuses on obtaining full secondary vocational education. The training program prepares students for the work of middle health workers who will provide nursing care in the nursing process. The graduate's employment is in various kinds of inpatients' wards or outpatients' departments.

4.1 Analysis of the Curriculum Plan

Now I will briefly present subjects where the students gain information on the topic old age and gerontological nursing: Nursing, Nursing care for patients with internal, surgical and infectious diseases. Another set of curricula are the Specifics of Nursing Care in Selected Departments, Oncology, and Psychiatry. Occasionally, schools may include a unit of social work activities without accommodation for elderly patients, special care for the elderly, care for the elderly and the chronically ill. The subject Patient care takes place in a real environment of healthcare facilities. Other subjects are Biology, Civics, Public Health and Health Education and Psychology and Communication (www.msmt.cz, www.nuov.cz).

5 Method

In the practical part the results of the questionnaire survey are analyzed. This survey investigated the knowledge, experience and attitudes of secondary school students in the area of old age. It also deals with students' opinion whether the topic of old-age belongs to curriculum at secondary schools and to what extent. In terms of method, qualitative and quantitative research can be considered. As a data collection method, I chose an anonymous questionnaire. The questionnaire is intended for students of 3rd and 4th year of secondary schools. When choosing the questions, I was inspired by an “IQ” questionnaire.

In total, 250 questionnaires were distributed in equal proportions to health schools and other secondary schools. The questionnaire is used annually by 3rd year students in nursing practice.

6 Results

The research was carried out at secondary nursing schools and simultaneously at other secondary schools (secondary vocational schools, grammar schools, technical secondary schools) in order to compare the results within the particular schools. Graduates of secondary nursing schools will often be in contact with the elderly because of the »geriatricisation« of healthcare facilities. I think it is important to start with this training and education as part of the studies at secondary nursing schools. In my work, I tried to find out whether there was a difference in the awareness of this topic between students of secondary nursing schools and other secondary schools.

Due to the extent of my work, only some of the observed facts will be mentioned. School subjects, in which students were taught about old age were as follows: only 8.2% of nursing students and 7,5% of students from other secondary schools mentioned psychology. Nursing was mentioned by 43% of students from nursing schools and it was obviously mentioned by none of students from other secondary schools (0%). 20.8% of secondary school students reported civic education. Only 43.3% of students reported that they had been provided with sufficient information about seniors. Only 41.3% of nursing students and 50% of other secondary schools met with the term "ageism".

The year that according to the WHO starts the phase of old age was rightly chosen by 32.2% of students.

The students' response to subsequent questions has confirmed that many students have some prejudices against seniors. These questions tried to clarify whether students thought intelligence was declining with increasing age. 46.4% of the students chose the wrong answer namely that the intellect is declining within aging.

In addition, 64.4% of the students answered incorrectly "yes" to the question whether they think seniors have more traffic accidents than younger drivers.

Another question was whether students think seniors have little interest in romantic relationship. 70.2% of nursing students chose the answer "yes". 65.2% of nursing students chose incorrect answer yes to the question whether they think depression is one of the most common problems of the elderly population. It implies that students are not sufficiently informed about old age problems. Therefore it is probably easier for them to ascribe different problems of old age with inappropriate names. They may also misinterpret the terms of dementia, depression, etc. Following questions identified whether students have difficulties contacting the elderly. The absence of difficulties in contact with the elderly was reported by 49.5% of nursing students and by 35% of students at other secondary schools. As the most common problem, students reported "difficult communication with seniors", namely when they said "I have no patience with them".

Next question tried to find out whether the students think the society has been discussing the theme old age sufficiently. Only 39.0% of students agreed with this opinion.

When the students were asked what they are afraid of when speaking of old age, they responded as follows: 20.3% of students are afraid of pain, they are also afraid of losing self-sufficiency and being lonely. No student chose the option to answer I am

not afraid of anything in old age. The answers clearly showed that everyone is afraid of old age. The most frequent answer was the fear of loneliness and separation from the close family. This answer was identical at all schools. In these responses students have expressed some fears that their families will not take care of them in their old age or that their state of health will not allow them to stay in their home environment and will be reliant on health care facilities.

Furthermore, 84.6% of the students stated that the theme of old age should be part of secondary education. Students at all schools agreed that they should be taught about old age. It is possible that the students are aware of their knowledge deficit in this area. And from this point of view it can be concluded that it is possible to change the current situation of students being informed insufficiently.

The main goal of the work has been achieved. If I should assess whether the students of Secondary Nursing Schools are more educated on the issues of old age to students of other secondary schools, I must admit that general knowledge of the subject is very similar to students of all secondary schools. There was no fundamental difference in the number of correctly answered questions. Generally, the number of correct answers was not too high. There is still a lot of work considering the theme of old age and it would be desirable to deal with this issue in some detail.

7 Conclusion

In the Czech Republic, this issue has not been mapped out in detail yet. However, studies of ageism in patients in hospitals or in home care clients and in social facilities have been investigated. These studies have shown that nurses are the most common cause of inappropriate behavior towards seniors. This confirmed the view that it is necessary to inform the nursing students (and of course also the students of other secondary schools) about the issues of old age and ageism. It has been discovered that the theme of old age is relatively marginal in the teaching of nursing students. Students learn about old age in various school subjects, but they only have incomplete information. Many students reported that their secondary school had not provided them with enough information about seniors. Therefore I think it would be very appropriate if nursing students (and other secondary schools students) are better acquainted with the issues of old age. The results of the survey have made me believe that we need to focus on this topic and extend it as much as possible.

LITERATURE

1. Česká gerontologická a geriatrická společnost (19 Avgust 2010). Retrieved from <http://www.cggs.cz>.
2. Demografická příručka Praha (19 Avgust 2009). Retrieved from http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/publikace_o_obyvatelstvu.
3. Evropská charta pacientů seniorů (20 Avgust 2009). Praha. Retrieved from <http://www.umirani.cz>.
4. Geriatrie je samostatný lékařský obor (17 Avgust 2010). Retrieved from <http://www.cggs.cz>.

5. Hamilton, S. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.
6. Haškovcová, H. (1990). *Fenomén stáří*. Praha: Panorama.
7. Haškovcová, H. (2000). *Thanatologie - nauka o smrti a umírání*. Praha: Galén.
8. Haškovcová, H. (2004). *Manuálek o násilí*. 1. vyd. Brno: NCO NZO.
9. Haškovcová, H. (2004). *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: České ošetřovatelství, praktická příručka pro sestry.
10. Holmerová, I. et al. (2006). Aktivní stárnutí. *Česká geriatrická revue*, 3, 163–168.
11. Charta práv umírajících (17 Avgust 2010). Praha. Retrieved from <http://www.fnsv.cz/organizace/informace.html>.
12. Chrástka, M. (1998). *Základy výzkumu v pedagogice*, 2.vyd. Olomouc: Vydavatelství.
13. Jarošová, D. (2006). *Péče o seniory*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta.
14. Javorská, M. (2005). Nové trendy v péči o seniory. In P. Mühlpachr (ed.), *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita.
15. Javorská, M. (2006). Domácí péče jako forma sociální a zdravotní pomoci seniorům a zdravotně postiženým. In P. Mühlpachr (ed.), *Sociální práce jako životní pomoc*. Brno: Masarykova univerzita.
16. Kalvach, Z. & Onderková, A. (2006). *Stáří – pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. Praha: Galén.
17. Kalvach, Z. (1997). *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum.
18. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
19. Mühlpachr, P. (2009). *Gerontopedagogika*. 2. Vyd. Brno: Masarykova univerzita.
20. Pacovský, V. (1997). *Proti věku není léku?* 1.vyd. Praha: Karolinum.
21. Pacovský, V. (1990). *O stárnutí a stáří*. 1.vyd. Praha: Avicenum.
22. Program národní přípravy na stárnutí na období let 2003-2007 (17 Avgust 2010). Praha. Retrieved from <http://www.mpsv.cz/cs/1056>.
23. Řeháčková, I. (2010). *Ageismus aneb negativní postoje či chování k seniorům v české populaci*. Olomouc: Univerzita Palackého. Fakulta zdravotnických věd.
24. Svatošová, M. (1995). *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo.
25. Sýkorová, D. (2004). Senioři jako oběti rodinného násilí. In N. Špatenková (ed.), *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing.
26. Šimíčková - Čížková, J. et al. (2008). *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc.
27. Topinková, E. (2005). *Geriatry pro praxi*. 1. vyd. Galén.
28. Tošnerová, T. (17 December 2010). *Ageismus, Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. I. vydání. Praha. Retrieved from <http://www.pecujici.cz/priruckyonline.shtml?x=197788>.
29. Tošnerová, T. (2002). *Ageismus: Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti Ústav lékařské etiky 3.
30. Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
31. Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II., Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum.
32. Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada.
33. Veverková, J. (2007). *Gerntologie v oboru zdravotnický asistent*. Brno: Masarykova univerzita. Lékařská fakulta.
34. Vidovičová, L. & Rabušic, L. (2003). *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti*. Praha: VUPSV.
35. Vidovičová, L. (9 June 2010). *Ageismus*. Retrieved from: www.ageismus.cz.

Meditacija s čuječnostjo in empatija v zdravstveni negi

UDK 616-083:159.942

KLJUČNE BESEDE: stres, čuječnost, zdravstvena nega, empatija

POVZETEK - Empatija je sposobnost za spoznavanje ali razumevanje emocij druge osebe. Je pomemben dejavnik v zdravstvu in je ključna za profesionalni odnos in interakcijo zdravstveni delavec-pacient. Za delovanje zdravstvenega delavca je povsem normalno, da v delovnem okolju doživlja stresne trenutke. Nezmožnost prepoznavanja in obvladovanja stresa na delovnem mestu kritično vpliva ne le na skrb za bolnika, ampak tudi na generalno zdravstveno nego. Tako pride do povečanja stroškov za zdravstveno ustanovo in do strokovnih napak. Intervencija s čuječnostjo bi lahko bila ključ za izboljšanje spopadanja s stresom, boljšo kvaliteto zdravstvene oskrbe in empatičen odnos s pacientom. Usmeriti pozornost v sedanjost so besede, ki čuječnost najbolje definirajo. Tako lahko pozornost usmerimo v delo in se lažje osredotočimo na pacienta. Lahko je osrednja pot med zdravstveno nego, ki ima v ospredju medsebojne odnose in holistično oskrbo pacientov, in med medicino, ki je podprta z dokazi. Čuječnost je holističen pristop k človeku, izboljša delovanje človekovih funkcij, prav tako je potencialni način za lažjo zdravstveno vzgojo, boljše rezultate v praksi in za izboljšave na raziskovalnih področjih.

UDC 616-083:159.942

KEY WORDS: stress, mindfulness, nursing care, empathy

ABSTRACT - Empathy is the ability to learn or understand the emotions of another person. It is an important virtue in nursing, and it is crucial for the professional attitude and interaction patient – health worker. It is perfectly normal to experience stressful moments in a working environment, but it is important to interpret and manage them correctly. Inability to recognise and control stress can critically affect not only empathic abilities, but can also induce higher costs in health care, including professional malpractice. Intervention with mindfulness meditation can be a key to improve stress managing and the quality of nursing care. The words “to direct attention to the present” best define mindfulness. This way we can concentrate our attention and focus on the patient more easily. Mindfulness is a holistic approach improving cognitive, emotional, and other psychophysical functions of the human brain. It can be the pivotal path connecting nursing, which has a focus on interpersonal relationships, holistic approach and evidence-based medicine. It could also be a potential way to facilitate education in nursing, and to improve results in practice and research areas.

1 Uvod

Empatija je pozornost na svoje občutke in posledično sovпада z zmožnostjo prepoznavanja čustev in misli, ki jih izraža druga oseba. Tako se še dodatno razlikuje od kognitivne perspektive, saj razumemo misli ali prepričanja druge osebe (McNeill in Gee, 2013). Pri empatiji je pomembno, da ne prenašamo izkušenj nase ali se jim podredimo. To pomeni, da čutno doživljamo čustva druge osebe, vendar smo jih sposobni razlikovati od svojih lastnih. Lahko bi rekli, da je empatija posebno znanje poznavanja osebe (Zahavi in Rochat, 2015). V zdravstveni negi je zelo pomembno, da smo zbrani in se v času individualne obravnave pacienta posvetimo samo delu. Vendar nas stres, ki ga doživljamo v delovnem okolju in se z njim vedno težje spoprijemamo, privede do otežene zmožnosti osredotočenja na delo. Tako lahko dolgotrajna izpostavljenost

stresnim dejavnikom privede do sindroma izgorelosti, posledično do slabše kvalitete dela in oteženega doživljanja empatije. S temi spoznanji, so v zahodni svet prodrli z idejo in že dokazanih učinkih čuječnosti na kvaliteto dela in terapevtskega odnosa. Tako je profesor Jon Kabat-Zinn, ki je bil odgovoren za sekularizacijo treninga s čuječnostjo združil zahodno znanost z budistično prakso. Ustanovil je preko 200 MBSR (mindfulness based stress reduction program) programov v Ameriških bolnišnicah (McNeill in Gee, 2013). Čuječnost je trening meditacije, ki v prvi vrsti izhaja iz budizma in vključuje meditacijo, razgibavanje telesa in čutenje nezavednih aktivnosti v telesu ter je prirejen način budizma (Penprase idr., 2015). Namen meditacije je pogled na sedanost, ki je pozitivno usmerjen, prav tako pa z osredotočanjem omogoča sprejemanje preteklosti in prihodnosti, ki jo lažje sprejemamo in smo bolj motivirani (Hafenbrack, 2017). Biti čuječ bi s kratkim stavkom predstavili z besedami: »Biti tu sedaj.« (Kabat - Zinn, 2003 v Philbrick, 2015) Usmeriti v sedanost skozi meditacijo s čuječnostjo – pozornostjo, nam pove, da smo s svojo pozornostjo in prisotnostjo v tem trenutku tukaj in sedaj (Philbrick, 2015). Je holističnem pristop k človeku in izboljša delovanje vseh človekovih funkcij, predvsem na osebnostnem področju (White, 2014). Že več kot 500 podjetij po celem svetu, kot so Google, Apple, Intel, ipd. je uporablja meditacijo na s čuječnostjo kot del službe za zaposlene. Prav tako ima preko 2,7 milijona ljudi po celem svetu na pametnih telefonih aplikacijo za vodeno izvajanje čuječnosti, ki se imenuje Headspace (Hafenbrack, 2017). Trening čuječnosti se v zahodni družbi vedno bolj pojavlja in razvija z vnosi v psihiatrične intervencije, službena okolja, šole ter prav tako v medijih. Eden izmed glavnih namenov vnosa v naše okolje je spodbujanje h razvijanju občutka empatije. Vpliv čuječnosti na empatijo pa so raziskovali tudi že z eksperimentalnimi metodami (Ridderinkhof, Bruin, Brummelman in Bögels, 2017).

Namen članka je predstaviti pomen empatičnega pristopa v zdravstveni negi ter izpostaviti sindrom izgorelosti kot zaviralec terapevtskega odnosa. Prav tako pa bomo predstavili meditacijo s čuječnostjo za zdravstvene delavce in vpliv le-te na doživljanje empatije v zdravstveni negi.

Uporabili smo deskriptiven pregled slovenske in angleške literature, ki smo jo pridobili iz oddaljene knjižnice DiKUL Univerze v Ljubljani ter preko elektronskih baz Cinahl in Medline. Uporabljene ključne besede smo povezali z Bollovimi operaterji. Vključitveni dejavniki smo bila prosto dostopna celotna besedila, izvirni, pregledni znanstveni in strokovni članki, objavljeni v časovnem obdobju od 2006 do 2017. Uporabili smo preverljive in opisane metode z analizo rezultatov. Vključili smo podatke raziskav, ki so jih izvajali na mentalno zdravi populaciji ter izključili uporabo meditacije s čuječnostjo za zdravljenje zdravstvenih delavcev.

2 Empatija v zdravstveni negi

Pomen staro-grške besede empatija: Em - v, pathos – emocija. Prvi je to besedo priredil za nemški jezik Theodor Lipps leta 1903 v (Thaler, Musek in Kovačev, 2015).

Uporabil je izraz *Einfühlung*, kar razumemo kot *vživljanje*. Empatija vključuje tako kognitivne kot afektivne procese, ki se medsebojno povezujejo. Kognitivna empatija se nanaša na razumevanje duševnih stanj drugih in upoštevanje njihove perspektive. Je telesno povezana s teorijo uma. In je zmožnost ponotranjenja in zrcaljenja duševnega stanja, ki se kaže z odzivanjem drugih ljudi, Afektivna empatija pa se nanaša na čutenje. Tako začutimo čustva in doživljanje drugega (Baron - Cohen, 2001 v Ridderinkhof, Bruin, Brummelman in Bögels, 2017). Biti sočuten je del vsakega odnosa in je pomoč, da je odnos kvaliteten. Pomembno je tudi sočutje do sebe in da sprejemamo svoje občutke, na kar velikokrat pozabimo. Zdravstveni delavci so osebe, ki nudijo nego in skrbijo za ljudi ter s tem posledično upravljajo s svojimi občutki in s tem velikokrat svoje občutke in doživljanja zanemarijo. Doživljanje empatije je pomemben del zdravstvene stroke. Kot pravita Walker in Mann (2016): »Postaviti se v čevlje drugega« ali razumeti in prepoznati, kaj oseba morda potrebuje. Empatija je že dolgo intenzivno uporabljena in potrebna pri terapijah vseh vrst, saj daje mnogo pozitivnih rezultatov in omogoča dober terapevtski odnos. V raziskavi Burnsa in Noel - Hoeksema (1992), v Block - Lernerju idr. (2007), so ugotovili, da je empatija v veliki meri doprinesla do kliničnih sprememb pri depresivnih pacientih.

2.1 Izgorelost kot zaviralec empatičnega odnosa v zdravstveni negi

Zavedamo se, da je stres del življenja in ga za normalno funkcioniranje potrebujemo. Težje ga je prepoznati, če določene stresne situacije trajajo več časa. To lahko privede do psihičnih in emocionalnih težav (Oprčkal, 2017). Visoka količina stresa pri zdravstvenih delavcih se začne kazati z jezo in anksioznostjo, kar slabo predstavlja zdravstveno ustanovo, prav tako povzroča slabe odnose med delavci in posledično tudi s pacienti (Penprase idr., 2015). Tako sta Chiesa in Serretti (2009) prišla do ugotovitev, da ima čuječnost specifične in nespecifične učinke na zmanjševanje stresa pri zdravih osebah. Da v okolju doživljamo stresne trenutke, je povsem normalno, vendar je pomembno, da jih pravilno interpretiramo in z njimi shajamo (Oprčkal, 2017). Sprejemanje slabih odločitev, utrujenosti in razvoja bolezenskih stanj so v veliki meri mogoče posledice prisotnosti stresnih dejavnikov na delovnem mestu. To pa lahko doprinese do povečanja stroškov za zdravstveno ustanovo in do strokovnih napak (Shirey idr., 2010 v Penprase idr., 2015). Dolgotrajno izpostavljenost stresnim dejavnikom ter nepravilna interpretacija stresa ali slabo spoprijemanje s stresom nas privede do skupka doživljanj sindroma izgorelosti. Ta pa se kaže s spremembami na fizičnih področjih kot dolgoročno tudi z razvojem bolezenskih stanj. Izpostavljenost stresu na delovnem nas vodi k negativnemu razmišljanju in posledično vpliva na kvaliteto medosebnega odnosa na oddelku. Fenomen ob tem pa je, da za kakovostno in učinkovito delo nujno potrebujemo zbranosti, dobre odnose in sodelovanje med zaposlenimi. Izgorelost povzroča slabšanje umskega stanja in lahko vodi do depresije (Taylor, 2016). Penprase idr., (2015) so meditacijo s čuječnostjo za zdravstvene delavce izvajali kar med predajo službe in s tem niso zmanjšali količino časa posvečenega delu ter tako pridobili na času, ki so ga namenili sebi. Prav tako pa čuječnost vpliva tudi na kvaliteto izvedenega terapevtskega postopka (White, 2014).

3 Meditacija s čuječnostjo za zdravstvene delavce

Čuječnost nas lahko privede do tako imenovane »čistosti pozornosti« (McNeill in Gee, 2013). Zato bi lahko bila ta intervencija velikega pomena za izboljšanje osebne delovne zmogljivosti, kot za izboljšanje ali okrepitev odnosov v delovnem timu. Privede nas do boljšega sodelovanja, zaupanja, prav tako spoštovanja ter izboljša delovne rezultate. Preusmerjanje uma od polnosti misli na sedanji trenutek oziroma hip, zmanjšuje stres in nam omogoča čistost misli in boljšo koncentracijo. S tem omogočimo zdravstvenim delavcem, da odpravljajo nekoristne rutinskih vzorce mišljenja (Myers, 2017). Z izvajanjem čuječnosti postanemo bolj poslušni in pozorni za poslušanje drugih in si krepimo sposobnosti empatije. Če smo pozitivno usmerjeni, smo bolj dovzetni za informacije, ki jih prejemo v tem trenutku in se nanje lažje konkretno odzovemo. Te prejete informacije lahko zaznavamo intuitivno v trenutku in smo v sedanosti (McNeill in Gee, 2013). Čuječnost je lahko učinkovit način za boljše počutje. Vpliva tudi na občutek samospoštovanja in določene vidike empatije pri psihično zdravih osebah (Birnie, Speca in Carlson, 2010). Tako sta tudi Chiesa in Serretti (2009) ugotovila da ima meditacija s čuječnostjo bistveno boljše rezultate kot druge tehnike sproščanja. Trening čuječnosti MBSR (mindfulness-based stress reduction) temelji na zmanjševanju stresa, depresije in anksioznosti s čuječnostjo (Greeson idr., 2011). Omogoča nam soočanje s situacijami in mislimi. Izhaja iz duhovne, v tem primeru budistične in meditativne prakse ter je usmerjen v pozornost na ta trenutek (Greeson idr., 2011). Trening SRP (stress reduction program) ali »program za zmanjševanje stresa« je sestavljen iz prakse čuječnosti in meditacije z ustvarjanjem notranje toplote in atmosfere, ki jo imenujemo »loving kindness.« (Dos Santos idr., 2015). V manjši meri se uporablja tudi MBC (mindfulness-based course), ki temelji na teoretičnem in praktičnem učenju čuječnosti. Ta tečaj so Moody idr., (2013) prilagodili iz izvornega MBSR programa zaposlenim na onkološki pediatriji v ZDA (Združene države Amerike) in Izraelu. Usmerjenost na dani trenutek in biti pozoren nam predstavlja možen način za lažje izobraževanje v zdravstvu, boljše rezultate v praksi zdravstvene nege ter vpliva na raziskovalno področje (Oprčkal, 2017). Če bi se znali soočati s stresom in bi preprečili razvoj sindroma izgorelosti, bi svoje delo lahko opravljali bolje in bolj osredotočeno.

4 Čuječnost kot pristop za izboljšanje empatije v zdravstveni negi

Problem sedanjih generacij je neurejenost misli, preveč obveznosti in aktivnosti ipd. Zato se je meditacija s čuječnostjo v našem okolju sploh začela pojavljati. Ljudje so ugotovili, da imajo težave s osredotočenostjo, pozornostjo in koncentracijo in da sploh ne znajo več svojih misli usmeriti v eno stvar. Poleg tega, da v našem telesu vzporedno s tem poteka in se vrši še ogromno drugih dejanj, ki motijo zmožnost trenutne pozornosti. Da neobsojajoča osredotočenost na sedanost in na naša čustva, omogoča boljše doživljanje empatije nam pove, da potrebujemo način, da meditacijo s čuječnostjo

začnemo uporabljati (Block - Lerner idr., 2007). Meditacija s čuječnostjo nam omogoča dober način razvijanja sposobnosti občutka za empatijo, pravijo Block - Lerner idr., (2007). S tem bi lahko omogočili, da lažje prenesemo teoretično znanje v prakso in tako v interakciji s pacientom dvignemo nivo terapevtskega odnosa. Prav tako s čuječnostjo lahko zaposleni v zdravstvu lažje prepoznajo in zmanjšajo notranje ovire ter se naučijo, kako se odzivati na umirjen, čuječ način doživljanja danega trenutka (Myers, 2017). Krasner idr., so v programu treninga s čuječnostjo prišli do ugotovitev, ki so se kazale kot zmanjšanje izgorelosti, motenj razpoloženja ipd. In v našem primeru do pomembnih sprememb pri empatiji. Izboljšali so tudi pozornost na osebno doživljanje in doživljanje pacienta ter zmanjšali stiske zaradi vpliva okolja (Krasner idr. 2009). Biti pozoren na svoja čustva nas privede do boljšega razumevanja čustvenih procesov. Trening čuječnosti nam poveča nivo empatičnosti že samo z zmanjšanjem stresa, kar je pri meditaciji s čuječnostjo edinstvenega pomena (Ridderinkhof, Bruin, Brummelman in Bögels, 2017).

5 Razprava

Empatija je za zdravstvenega delavca pomembna sposobnost in doživljanje, ki jo za boljšo kvaliteto dela nujno potrebujemo. Je sposobnost, ki nam omogoča, da osebo doživimo in začutimo. Ker pa so osebe zaposlene v zdravstvu izpostavljene pacientom, ki imajo težka bolezenska stanja, nas privede do tega, da je lahko doživljanje empatije nemalokrat tudi stresno in na nas lahko vpliva negativno. Kar pa je že eden od stresnih dejavnikov, ki jih v zdravstvenem okolju lahko doživljamo. Zaradi dolgotrajno prisotnega stresa pa se bariere, ki mejijo stresne dejavnike z našim doživljanjem, lahko začnejo krhati oziroma telo ne more več predelati vseh negativnih dejavnikov, ki nas ogrožajo. Ker ima stres vpliv na naš razum in se posledično pozna tudi na funkcionalnih telesnih področjih, lahko pride do sindroma izgorelosti. Zato je pomembno, da se stresnih dejavnikov zavedamo, jih prepoznavamo ter se z njimi spopadamo. Meditacija s čuječnostjo nam omogoča, da to lažje in bolje zaznavamo. Pripomore, da je zdravstveno osebje manj dovzetno za stresne situacije in se tako v trenutku kot negovalec usmeri v sedanjost, se poveže s sabo in se lažje sooča z negativnimi čustvi, ki jih prejema v delovnem okolju (Raab, 2014). Tako Benzo, Janae in Nelson (2017) navajajo, da negativno usmerjeno okolje in posledično stres slabo vplivata na interakcijo s pacienti pri 36 % zaposlenih. Čuječnost lahko poveča sposobnost, da se bolj približamo pacientu in boljše zaznavamo neverbalno komunikacijo pacienta, kot je obrazna mimika, gibi telesa, zvok in glas, kretnje, drža, fizični izgled. Prav tako lahko pomaga zdravstvenemu osebju obravnavati pacienta kot edinstvenega in individualno pristopa z odprtostjo in brez predhodnega obsojanja (Myers, 2017; Hunter, 2016; Moll, Frolic in Key, 2015). Čuječnost nam omogoča bolj humanistično, učinkovito praktično delo v zdravstvu. Nam omogoča vzajemno interakcijo pacient-zdravstveni delavec in je dobro orodje, ki ima močan in pozitiven vpliv. Tudi Asuero idr. (2014), so v raziskavi ugotovili, da 87,8 % je udeležencev (zdravstveni delavci) po intervenciji čutilo več energije, 65,7 % jih je bilo mnenja, da so prav tako izboljšali tudi kvaliteto dela. Udeleženi so podali,

da so prišli do sprememb v počutju, povečali so skrb zase ter se naučili vrlin, kot je komunikacija, soočanje s situacijami, zmanjšali ali odpravili so slabe navade. V nekaterih primerih ima čuječnost celo večji vpliv, kot druge intervencije v zdravstvu, ki jih nudimo pacientom (Beach idr., 2013). S tem ko se izboljša kvaliteta dela in pridemo do boljših rezultatov v zdravstveni negi, smo bolj zadovoljni, kar pa se kaže tudi z interesom, da v tej smeri delujemo. Tako izboljšana zdravstvena oskrba doprinese tudi do sodelovanja in kvalitetnejših medsebojnih odnosov zaposlenih v bolnišničnem okolju (Dos Santos, 2015; Moll, Frolic in Key, 2015). Stari reki pravijo, da lahko vodimo in pomagamo drugi osebi le, če znamo voditi in pomagati sebi, tako se čuječnost vključuje tudi v psihiatrijo in psihoterapijo, v kliničnih okoljih (Davis in Hayes, 2011). Ob tem lahko prepoznamo, da se terning čuječnosti uporablja tudi v uradni medicini, kar nam pove, da se uporablja tudi za zdravljenje pacientov. Ker smo se v tem primeru usmerili v zdravo populacijo, to omenimo kot potrditev, da čuječnost daje pozitivne rezultate na mnogih področjih našega zdravja. Tako sta Cahn in Polick (2006) s svojo raziskavo ugotovila, da meditacija povzroči pomembno reorganizacijo delovanja frontalne hemisfere v možganih, ki je povezana s čustveno reaktivnostjo in da vsaka vrsta meditacije nevropsihološko drugače vpliva na osebo. S tem uvidimo, da lahko z usmerjeno pozornostjo dejansko spreminjamo in nadzorujemo delovanje možganov.

Tudi Hölzel idr. (2011) so opazovali povečanje in zgošitev sive substance možganov, kar pa je indikator, ki omogoča izboljšanje funkcije možganskih regij. V slednjem primeru je imela študijska skupina v nasproti s kontrolno skupino izrazito povečano in zgoščeno skorjo levega hipokampusa, ta pa je odgovoren za procese pomnjenja in spomina, prav tako tudi zadnjega dela girusa cinguli, odgovornega za uravnavanje čustvovanja, parieto-temporalnega stika, s katerim dojemamo samega sebe, ter predela možganov za dojetje različnih perspektiv. Ob tem je pomembno zavedanje, da za dolgoročne rezultate in spremembe potrebujemo dolgotrajen proces izvajanja ter tako vzporedno vnosa čuječnosti oziroma pozornosti v vsakdanje življenje. Res je, da ima lahko že ena kratkotrajna seansa pozitivne učinke (Winning in Boag, 2015), vendar se moramo zavedati, da je ta učinek trenuten, ki se kaže kot zadovoljstvo, umirjenost in pozitivno razpoloženje.

6 Sklep

Po teh ugotovitvah bi lahko rekli, da je za kvaliteten terapevtski odnos potrebna pozornost (v tem primeru meditacija s čuječnost) v interakciji z empatičnim doživljanjem druge osebe. Če nismo pozorni na dani trenutek, tudi osebe, ki je pred nami ne moremo zaznati v vsej njegovi veličini in notranjosti. V današnjem času pa so se te stvari krepko razvrednotile, zaradi vrveža okoli nas in prenasičenosti informacij in vibracij, ki nas v danem trenutku obdajajo. Biti pozoren na trenutek je v prvi vrsti sposobnost, ki bi morala biti del našega življenja. Zaradi količine in teže spopadanja z okoljskimi dejavniki, pa pride do izgube povezanosti med našimi mislimi. To pa lahko prepoznamo tako, da prepoznamo, da nas je stres pripeljal tako daleč, da se z

njim ne moremo spopadati več. S tem pa je v naš zahodni svet prišla tudi meditacija s čuječnostjo. Čuječnost nam omogoča, da si »čistimo« misli oziroma jih lahko nadzorujemo ter se tako izmed vseh misli v naših možganih osredotočimo samo na eno. Kot če si predstavljamo neurje kot prisposobo, ki se postopoma umiri in poneha ter vidimo tisto prvo kapljico, ki se potem začne dvigati in na novo tvoriti oblake. Tako lahko tudi v zdravstveni negi s prisotnostjo ob pacientu v polnosti doživimo njegove občutke in jih ponotranjimo, kar nam omogoča boljšo interakcijo, večje zadovoljstvo kot tudi hitrejši napredek pri pacientu. Zdravstveni delavci se moramo zavedati, da je stresnih dejavnikov v zdravstvenem okolju ogromno in da je narava dela nagnjena k temu. Tako je potrebno, da začnemo več časa posvečati sebi in bomo tako lažje prepoznavali procese in dvome, ki se nam v telesu pojavljali ter lažje shajali z njimi. Sposobnost empatičnega doživljanja pa je v medosebnih odnosih, za katere želimo da so kvalitetni in profesionalnih ključnega pomena. Če smo zbrani, lahko tudi podoživimo in začutimo drugo osebo.

LITERATURA

1. Asuero, A. M., Queralto, J. M., Pujol - Ribera, E. idr. (2014). Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. *J Contin Educ Health Prof*, 34 (1), 4–12.
2. Beach, M. C., Roter, D., Korthuis, T., Epstein, R. M. idr. (2013). A Multicenter Study of Physician Mindfulness and Health Care Quality. *Ann Fam Med*, 11 (5), 421–428.
3. Benzo, R. P., Janae, L. K. in Nelson, C. (2017). Compassion, mindfulness and the happiness of healthcare workers. *The journal of science and healing*, 13 (3), 201–206.
4. Birnie, K., Speca, M. in Carlson, L. E. (2010). Exploring Self-compassion and Empathy in the Context of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR). *Stress and health*, 26 (5), 359–371.
5. Block - Lerner, J., Adair, C., Plumb, J. C., Rhatigan, D. L. in Orsillo, S. M. (2007). The case for mindfulness-based approaches in the cultivation of empathy: does nonjudgmental, present-moment awareness increase capacity for perspective-taking and empathic concern? *J Marital Fam Ther*, 33 (4), 501–516.
6. Cahn, B. R. in Polich, J. (2006). Meditation States and Traits: EEG, ERP, and Neuroimaging Studies. *Psychol Bull*, 132 (2), 180–211.
7. Chiesa, A. in Serretti, A. (2009). Mindfulness-Based Stress Reduction for Stress Management in Healthy People: A Review and Meta-Analysis. *J Altern Complement Med*, 15 (5), 593–600.
8. Davis, D. M. in Hayes, J. A. (2011). What are benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy (Chic)*, 48 (2), 198–208.
9. Dos Santos, T. M., Kozasa, E. H., Carmagnani, I. S. idr. (2015). Positive effects of a stress reduction program based on mindfulness meditation in brazilian nursing professionals: Qualitative and quantitative evaluation. *Explore (NY)*, 12 (2), 90–99.
10. Greeson, J. M., Webber, D. M., Smoski, M. J. idr. (2011). Changes in spirituality partly explain health-related quality of life outcomes after mindfulness-based stress reduction. *J Behav Med*, 34 (6), 508–518.
11. Hafenbrack, A. C. (2017). Mindfulness meditation as an on-the-spot workplace intervention. *J Business Res*, 75, 118–129.
12. Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M. idr. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry research*, 191 (1), 36–43.
13. Hunter, L. (2016). Making time and space: the impact of mindfulness training on nursing and midwifery practice: a critical interpretive synthesis. *J Clin Nurs*, 25 (7–8), 918–929.

14. Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H. idr. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*, 302 (12), 1284–1293.
15. McNeill, W. in Gee, J. (2013). Accessing intuition in massage and bodywork therapies through mindfulness, knowledge, empathy and flow. *J Bodyw Mov Ther*, 17 (1), 121–124.
16. Moll, S., Frolic, A. in Key, B. (2015). Investing in compassion: exploring mindfulness as a strategy to enhance interpersonal relationships in helathcare practice. *Journal of Hospital Administration*, 4 (6), 36–45.
17. Moody, K., Kramer, D., Santizo, R. O. idr. (2013). Helping the helpers: mindfulness training for burnout in pediatric oncology-a pilot program. *J Pediatr Oncol Nurs*, 30 (5), 275–284.
18. Myers, R. E. (2017). Cultivating mindfulness to promote self-care and well-being in perioperative nurses: *AORN J*, 105 (3), 259–266.
19. Oprčkal, U. (2017). Čuječnost kot pristop za preprečevanje izgorevanja v zdravstveni negi (Diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, zdravstvena fakulteta.
20. Penprase, B., Johnson, A., Pittiglio, L. in Pittiglio, B. (2015). Does mindfulness-based stress reduction training improve nurse satisfaction? *Nurs Manage*, 46 (12), 38–45.
21. Philbrick, G. (2015). Using mindfulness to enhance nursing practice. *Nurs N Z*, 21 (5), 32–33.
22. Raab, K. (2014). Mindfulness, self-compassion and empathy among health care professionals: a review of the literature. *J Health Care Chaplain*, 20 (3), 95–108.
23. Ridderinkhof, A., Bruin, E. I., Brummelman, E. in Bögels, S. M. (2017). Does mindfulness increase empathy? An experiment. *Self and identity*, 16 (3), 251–269.
24. Taylor, N. A. (2016). The contribution of mindfulness to predicting burnout in the workplace. *Personality and individual differences*, 89, 123–128.
25. Thaler, D. (2015). Spoznavni in afektivni vidiki empatije ter njena vloga v medosebnih odnosih (Doktorska disertacija). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, filozofska fakulteta.
26. Walker, M. in Mann, R. A. (2016). Exploration of mindfulness in relation to compassion, empathy and reflection within nursing education. *Nurse Educ Today*, 40, 188–190.
27. Winning, A. P. in Boag, S. (2013). Does brief mindfulness training increase empathy? The role of personality. *Personality and Individual Differences*, 86, 492–498.
28. Zahavi, D. in Rochat, P. (2015). Empathy ≠ sharing: Perspectives from phenomenology and developmental psychology. *Conscious Cogn*, 36, 543–553.

Družina in družinska terapija pri mladostnici z anoreksijo

UDK 616.33-008.4:173.5

KLJUČNE BESEDE: motnje hranjenja, anoreksija, nervoza, družine, družinska terapija

POVZETEK - Anoreksija je motnja hranjenja, ki se kaže kot pretirana obsedenost s telesno težo in z zaužito hrano. Mladostnice zaradi nenehnega občutka, da ne zmorejo ustrezno braniti svojih meja in uveljavljati svojih potreb, vzpostavijo nadzor nad edinim območjem, ki je drugim nedostopno – svojim telesom. Izgubo telesne teže pričnejo enačiti z lastno vrednostjo. Skupaj z medicinskimi pristopi se pri zdravljenju anoreksije vse bolj uveljavlja družinska terapija, ki se ukvarja z iskanjem simptomatike v dinamiki družinskih (konfliktnih) odnosov, družino pa se skupaj z mladostnico obravnava kot celoto. V terapijo so vključene dinamike družin, ki zaradi svojih nerazrešenih psihičnih vsebin ustvarjajo simptomatiko nastanka anoreksije. Namen prispevka je s pomočjo pregleda literature ugotoviti, kako družina in medsebojni družinski odnosi vplivajo na razvoj anoreksije pri mladostnici. Poudarek pa je na družinskih odnosih in uveljavljanju družinske terapije pri zdravljenju.

UDC 616.33-008.4:173.5

KEY WORDS: eating disorders, anorexia nervosa, anorexia and family, family therapy

ABSTRACT- Anorexia is an eating disorder, manifesting as an excessive obsession with one's own weight and with the food ingested. Due to a constant feeling that they cannot properly protect their own limits and enforce their needs, adolescent girls establish control over the only area, which is inaccessible to others – their own body. In doing so, they start to confuse their weight loss with their own value. Along with medical approaches, family therapy, which is focused on finding the symptoms in the dynamic of domestic relationships (conflicts), and is considering the family together with the adolescent girl as a whole, is increasingly gaining ground in the treatment of anorexia. Therapy includes family dynamics, which due to their unresolved psychological matters create the symptoms for the development of anorexia. The purpose of the paper is to review the literature and identify how the family and mutual relationships within the family affect the development of anorexia in adolescent girls. The emphasis is on family relationships and the enforcement of family therapy in the treatment.

1 Uvod

V današnjem času in sodobni družbi vitkost po mnenju Gostečnika (2014) ter Copaka in Ucmana (2010) predstavlja ključ do telesne privlačnosti. Mladostnice ekstremno veliko časa porabijo pred ogledalom, kjer se sprašujejo o mnogih zanje pomembnih vprašanjih, ne da bi nanje dobile tudi konkretne odgovore.

Mladostnice se pri odraščanju srečujejo z novimi razvojnimi nalogami, izkušnjami, pričakovanji, zahtevami in spremembami, ki so povezane s prehodom v novo življenjsko obdobje (Čarapič, 2012).

Pri anoreksiji gre za duševno bolezen, ki posameznika prizadene na čustvenem, fizičnem in socialnem področju (Jones, 2016). V današnjem svetu je vse pogostejša bolezen, ki se pojavlja pri vse mlajši populaciji. O anoreksiji pa govorimo takrat, ko neurejeni vzorci prehranjevanja začnejo resno vplivati na človekovo čustveno in/ali telesno zdravje (Oblak in Kovač, 2014).

Anoreksija je kompleksna bolezen (Oblak in Kovač, 2014). Osebe, ki se z njo borijo, po navedbah Eivorsa in Nesbita (2007) občutijo hudo stisko, osamljenost in zbeganost. Mladostnica v svojem odraščanju vedno znova »prosi za pomoč«, starše vedno potrebuje, pa čeprav jih velikokrat tudi dobesedno odriva od sebe (Feinstein, 2013, v Gostečnik, 2014).

Pri anoreksiji gre tako za bolezen celotnega sistema in ne le posameznika. Obravnavala naj bi se celotna družina v kontekstu družinske terapije. Podjavoršek (2004) poudarja, da bi morali odgovornost za nastalo situacijo v družini porazdeliti na vse družinske člane.

2 Metoda

Za izdelavo prispevka je bila uporabljena deskriptivna metoda dela, ki temelji na pregledu strokovne in znanstvene literature v slovenskem in angleškem jeziku s področja anoreksije, družine in družinske terapije. Pri iskanju slovenske literature je bila uporabljena vzajemno bibliografsko-kataložna baza podatkov COBIB.SI, elektronske vire pa smo pridobili prek portala Digitalne knjižnice Univerze v Ljubljani (DiKul). Prek portala DiKul smo dostopali do naslednjih podatkovnih baz: Medline, PubMed, CINAHL in Web of Science. Pregledan je bil tudi arhiv Obzornika zdravstvene nege. Iskanje literature je potekalo s pomočjo naslednjih ključnih besed: motnje hranjenja / Eating disorders, anoreksija nervoza / anorexia nervosa, anoreksija in družina / anorexia AND family, v družino usmerjena skrb / family centered care AND anorexia, družinska terapija / family therapy. Kriteriji izbora so bili pregled literature od leta 2007 do 2017 in prosta dostopnost do celotnega besedila. Prispevek zajema tudi literaturo, ki je starejša od desetih let, še vedno pa velja za zelo aktualno in relevantno. Hkrati pa služi tudi za primerjavo med novejšo in starejšo literaturo. Upoštevanji so bili referenčni sezname identificirane literature. Vsa literatura je natančno pregledana in kritično ovrednotena. Pregledana pa je tudi prosto dostopna recenzirana literatura in literatura, ki je vsebinsko ustrezna in aktualna.

3 Motnje hranjenja

»V mednarodni klasifikaciji so motnje hranjenja (MH) bolezni, ki so obravnavane v poglavju duševnih in vedenjskih motenj. Natančneje so opredeljene kot vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi in telesnimi dejavniki« (Copak in Učman, 2010, str. 113).

Oblak in Kovač (2014) ter Serbec in Kališnik Šavli (2007) so mnenja, da vzroki nastanka MH predstavljajo različne prepletajoče čustvene stiske, ki se navzven kažejo s telesnimi znaki. Gre za določena sporočila, ki jih dobivajo osebe v povezavi s samim seboj in s svojim telesom.

Mrevlje (2010) in Pandel Mikuš (2003b) navajata, da so za vse vrste MH značilni odklonilen odnos do telesa, nizko samovrednotenje, slaba samopodoba in občutki krivde, pri katerih osebe želijo to obvladovati z omejevanjem pri hrani. Gre za napad nase in manipulacijo z lastnim telesom.

MH so naraščajoč problem sodobne družbe v razvitem svetu. Pri MH gre za tipične civilizacijske bolezni, ki so prisotne v vseh etičnih skupinah in ekonomskih razredih, ena izmed najpogostejših pa je anoreksija nervoza (AN) pri mladostnicah (Podjavoršek, 2004).

3.1 Anoreksija nervoza pri mladostnicah

Beseda anoreksija je grškega izvora in jo pogosto prevedemo kot »brez apetita«, čeprav osebe s tovrstno motnjo apetita ne izgubijo (Keksi - Rahkonen idr., 2007 cit. po Roš, 2016). Sternad (2001) navede, da je termin anoreksija prvič uporabil Gull leta 1873 ter s to besedo opisal najstnice in mlajše ženske, ki odklanjajo hrano.

Osnovna značilnost bolezni je padec telesne teže, do katerega privedejo spremembe v načinu prehranjevanja in povečana telesna aktivnost. Indeks telesne mase znaša pri teh dekletih z AN < 17,5 kg/m² ali manj, pri določanju indeksa telesne mase pa se vedno upošteva posameznikovo telesno strukturo in zgodovino telesne teže (Anoreksija, 2013).

Začetek AN je večinoma nedolžen, oseba se s pomočjo diet in raznih priporočil odloči reducirati telesno težo. Teža pada, oseba pa se počuti vedno boljše in prvič v življenju dobi občutek, da lahko nadzoruje svoje življenje (Serneck, 2011). Bolezen po besedah Jones (2016) predstavlja način pridobivanja pozornosti.

Etiološko ozadje kaže, da AN že zadnjih 100 let velja za psihiatrični sindrom, od 80. leta pa je kot kategorija duševne motnje uvrščena v Diagnostični in statistični priročnik za duševne motnje (DSM - IV. ameriška klasifikacija) in v Mednarodno klasifikacijo bolezni (MKB -10. klasifikacija WHO (Svetovna zdravstvena organizacija). Prevalenca nastanka AN je 1 % ter je za razliko od ostalih oblik MH stabilna. Najpogosteje se pojavi med 13. in 14. letom starosti ter je najpogostejša pri mladostnicah (Serneck, 2011).

Jackman (2009) pravi, da se AN najpogosteje pojavlja v času adolescence. Pri dekletih v tem obdobju prevladuje mnenje, da je biti debel »ogabno«, zato kljub fiziološki pridobitvi telesne teže želijo to zmanjšati.

Telesna teža je pri anorektikih po navedbi Van Ommen, Meerwijk, Kars, Van Elburg in Van Marijél (2009) za 15 % nižja od pričakovane. Pri motnji se pojavijo tudi motnje v zaznavanju lastnega telesa in zanikanje resnosti zdravstvenega stanja.

Jackman (2009) navaja, da ima AN trikrat večjo smrtnost kot katerakoli druga duševna bolezen. Burton (2014) AN predstavi kot najtežjo obliko duševne bolezni. Price - Evans in Treasure (2011) pa navajata, da si kar 50 % anoreksičnih oseb želi spremembo in so zanjo tudi motivirane. Van Ommen, Meerwijk, Kars in Van Elburg (2009) so mnenja, da ima AN izredno veliko stopnjo umrljivosti, saj 15 % obolelih izgubi svoje življenje.

Rožman (2014) navaja, da v Sloveniji beležimo visoko stopnjo umrljivosti za MH. Podatki Nacionalnega inštituta za varovanje zdravja kažejo, da je med letoma 1997 in 2012 umrlo osem oseb zaradi AN.

3.2 Družinski in biološko-genetski dejavniki nastanka anoreksije

Sernec (2011) navaja, da med sprožilce AN spadajo tudi družinske in duševne bolezni staršev, nefunkcionalen partnerski odnos ter nefunkcionalen odnos med starši in otrokom. Na razvoj AN pa vplivajo tudi pogoste diete v družini ter telesne in spolne zlorabe otroka. AN se pogosteje pojavi v družinah, kjer ima mati višjo strokovno izobrazbo ali pa zgodovino MH (Ahren, Chiesa, Klinteberg in Koupil, 2012).

Predispozicija za razvoj AN se skriva v družinah, kjer so otroci doživeli izgubo enega izmed staršev ali pa travmatsko izkušnjo v otroštvu. Navajajo tudi, da je pri 1/3 obolelih od AN vzrok v spolni zlorabi v otroštvu, zaradi česa imajo slabo samopodobo, občutke sramu in negativen odnos do lastnega telesa, ki se kasneje lahko kaže z AN (Wozniak, Rekleiti in Roupa, 2012).

Conetti, Kanyas, Lerer, Latzer in Bachar (2008) so iz svoje raziskave med AN in odnosi s starši prišli do ugotovitve, da se ta pojavlja predvsem v družinah, kjer primanjkuje empatije, spoštovanja ter medsebojnega stika in topline.

Vzrok za razvoj AN pa Ayton (2012) pripisuje tudi genom. Navaja, da pri razvoju AN vpliva kar 50 % genskega zapisa, ostalo polovico pa pripisuje dejavnikom okolja in družine. Bould idr (2015) pa so mnenja, da otroci posnemajo vedenje mater. Če ima mati eno izmed oblik MH, je verjetno, da se bo razvila tudi pri otroku.

Mladostnice, ki zbolijo za AN, ne priznajo zdravstvenih težav in se zanašajo na to, da bodo te simptome prepoznali starši ter nato tudi ukrepali (Svensson, Nilsson, Levi in Carballeira -Suarez, 2013). Zugai, Stein - Parbury in Roche (2013) navajajo, da je pri mladostnicah najpogosteje potrebna bolnišnična obravnava, kjer so te hospitalizirane, predvsem iz razloga, da se preprečijo potencialne življenjsko ogrožajoče komplikacije.

3.3 Družina in družinski odnosi

Prve izkušnje z AN se pri mladostnicah lahko pojavijo zaradi očetove smrti ali izgube ljubljene osebe, nezmožnosti reševanja problemov, zvrčanja krivde, šolskega neuspeha, motenj v zaznavanju telesnega videza, vpliva medijev, želje po priznavanju ali hotenju »idealnega telesa« (Pandel Mikuš, 2003).

Odnosov v družinah z AN ni, prisotni pa so ogromni pritiski, konflikti ne nastajajo in o problemih se ne govori (Rožman, 2014). V družinah s problematiko MH je mati pogosto čustveno hladna, pri medsebojnih odnosih je onemogočeno predelovanje čustvene stiske, družina je predstavljena kot urejena, toda hladna s permissivno vzgojo, starševska vloga se odklanja ter prisotno je primanjkovanje ljubezni v zgodnjem otroštvu (Pandel Mikuš, 2003). Podjavoršek (2004) doda, da so anoreksična dekleta močno povezana z obema staršema, saj jih veže lojalnost.

Pandel Mikuš (2003) opredeli naslednje značilnosti medsebojnih odnosov v družini z AN: prisotni so rigidni medsebojni odnosi, imajo nizek tolerančni prag za reševanje

konfliktov, oče je podrejen, mati pa prevzema tradicionalno vlogo matere ter žene. Mladostnica je v družini pogosto vključena v konflikte staršev, kjer prevzema vlogo reševalke nastalih težav.

Mladostnica ima vpliv na čustveno stanje in delovanje celotne družine, mati pa je tista, ki doživlja največjo mero čustvenega distresa. Starši so mnenja, da bolezen vpliva na njihovo življenje (Kyriacou, Treasure in Schmidt, 2008; Honey in Halse, 2007). Sernec (2011) poudarja, da člani družine pogosto ne želijo ali pa nočejo izražati svojih realnih čustev.

Vsem družinam, ki se srečujejo s problematiko MH, je skupno, da skušajo nastale težave rešiti kar same. Bojijo se stigme. V tako na videz »srečni in urejeni« družini se vedno skrivajo zbežanost, jeza in sram. Družina ne ve, kaj se v resnici dogaja in kaj je treba storiti (Sternad, 2001).

3.4 Družinska terapija

Družinska terapija (v nadaljevanju DT) je opredeljena kot ena izmed vrst psihoterapije, ki se danes poleg medicinskih pristopov vedno bolj uporablja za zdravljenje AN. Etiologija simptomatike bolezni se išče v dinamiki konfliktnih družinskih odnosov, zato se družino pri AN danes obravnava kot celoto (Gostečnik, 2011).

Pri terapiji skušajo terapevti odkriti in razrešiti problem, ki ga ustvarja in ohranja družina. Terapevti pri procesu pomagajo osebi z AN videti, da je razvita težava le način soočenja s problemi. S starši anoreksične mladostnice je treba urediti intrapsihično podobo, saj je ta v večini primerov tista, zaradi katere se AN tudi razvije (Gostečnik, 2011; Podjavoršek, 2004).

Kdo bo vključen v proces in obravnavo DT, odloča terapevt. Ta lahko obravnava celotno družino skupaj v vseh fazah, lahko se odloča za individualne razgovore pri določenih temah ali pa družino in mladostnico obravnava povsem ločeno, brez skupnih pogovorov (Hughes, Sawyer, Loeb in Le Grange, 2015).

Lock in Le Grange (2011) sta opredelila več vrst/modelov DT, ki se lahko uporabljajo pri obravnavi različnih družin. Ti so:

- *tradicionalni model*: pri tem se terapevt osredotoča na zunanje dejavnike, ki so povzročitelji AN (genetski, psihosocialni, družinski ali sociokulturni). Med terapijo se obravnavajo zunanji povzročitelji bolezni, lahko je prisotna celotna družina ali pa samo mladostnica;
- *strukturni model*: terapevt se pri tem modelu zdravljenja osredotoča na psihosomatske težave v družini. Karakteristika takšne družine je, da so starši preveč zaščitniški, da se izogibajo konfliktom, vladajo pa rigidni medsebojni odnosi. Mladostnica z AN ima v takšni družini kritično vlogo in je izjemno fizično občutljiva;
- *strateška DT*: pri tej obliki terapije se terapevt osredotoča na etiološki vidik nastalih psiholoških motenj mladostnice. Družina pri tej terapiji običajno ne kaže pretiranega zanimanja za bolezen, vzroke in posledice. Vključene so intervencije s paradoksnimi namerami (npr.: mladostnico se spodbuja k hranjenju, da pridobi moč za boj s starši, priporočajo se nasprotovanja staršem, da ti uvidijo težavo ter si tako bolj prizadevajo za pomoč pri zdravljenju);

- *sistemska terapija Milan*: ta vrsta terapije si deli podobne karakteristike s strateškim ter strukturnim pristopom zdravljenja. Značilnost tega pristopa je, da se osredotoča na rigidno organizirane homeostatske mehanizme, ki ohranjajo družinski sistem v ravnovesju. Te družine so izjemno občutljive na avtoriteto. Terapevt mora delovati nevtralno in ne sme izvajati direktnih intervencij. Družino vodi v obliki intervjujev, jo spodbuja ter priporoča, kako naj rešitve poišče sama.

Tresure in Ruseell (2011) navajata, da se pri obravnavi AN daje velik poudarek Maudsley pristopu, ki je umerjen v obravnavo celotne družine. Sestavljajo ga 3 koraki: prvi je usmerjen k povrnitvi telesne teže, drugi in tretji pa sta usmerjena k prevzemu nadzora nad hrano in prehranjevanjem mladostnice. S tem načinom zdravljenja, ki poteka na domu, se tako starši kot mladostnica lahko izognejo osamitvi in socialni izolaciji. Terapevti jih v času obravnave na domu vodijo, jim nudijo pomoč ob morebitnih nastalih težavah, dilemah ter jim pomagajo pri duševnih stiskah (Treasure, Rhind, Macdonald in Todd, 2015). Maudsley model se zavzema za dejstvo, da za razvoj AN ni odgovorna družina, ne starši in tudi ne mladostnica (Parent in Parent, 2008).

Pri Maudsley pristopu starši nase prevzamejo celotno odgovornost za povrnitev telesne teže pri mladostnici z AN (White, Haycraft in Madden, 2015). Treasure in Rusell (2011), navajata, da je vloga DT pri zdravljenju pomembna, saj starše razbremeni občutka krivde ter jih usmerja k nadzoru nad prehranjevanjem. Pridobivanje telesne teže je pri DT bolj uspešno, manj je relapsa bolezni in obstaja manjša verjetnost za smrtni izid (Parent in Parent, 2008).

4 Razprava

Starši so v obdobju mladostništva pogosto zamajani v svoji vlogi, težko zaupajo svojim odločitvam in starševskim sposobnostim (Ferić - Šlehan in Bašić, 2007). Mladostnica z AN lahko te občutke staršev še dodatno okrepi. Sama prevzame vpliv na čustveno stanje in delovanje celotne družine (Honey in Halse, 2007). Starši so v družini tisti, ki morajo prevzeti popolno odgovornost za vedenje, delovanje in zdravje svojega otroka, kljub slabim medsebojnim odnosom, prerekanju in mladostniškemu nasprotovanju (Rožman, 2014; Gostečnik, 2014). Pri AN in psihopatoloških medsebojnih odnosih pa je prav družina lahko tista, ki povzroči MH (Ravi, Forsberg, Fitzpatrick in Lock, 2009).

Večjo verjetnost razvoja AN v družini ter njen terapevtski izhod predstavljajo hiperprotektivnost v družini, samožrtvovalnost, neodobranja, negativna mnenja ter slaba medsebojna komunikacija (Rienecke, Accurso, Lock in Le Garnde, 2016; Le Grange, Rienecke Hoste, Lock in Bryson, 2011; Sim idr., 2009). Starševska toplota pa naj bi bila tista, ki bi omogočala dober potek zdravljenja in poziven izhod iz bolezni (Le Grange idr., 2011).

Leta 1980 se je z razvojem Maudsley metode zdravljenja anoreksije pri mladostnicah ovrгло dejstvo, da so starši edini krivci nastanka bolezni. Starši pa so bili od takrat da-

lje obravnavani kot aktivni partnerji pri zdravljenju in obravnavi AN (Rhodes, Brown in Madden, 2009; Treasure in Ruseell, 2011).

Vključevanje družine v zdravljenje in obravnavo AN danes predstavlja ključ, ki vodi do uspešne ozdravitve. Pomembno je, da terapevti celotno družino skupaj z mladostnico vključujejo v DT, kjer skušajo razrešiti problem, ki je morebiti nastal v družini (Gostečnik, 2011; Podjavoršek, 2004).

Ob vključevanju DT se pri družinah zmanjša stres, zmanjšajo se občutki krivde, sramu ter nemoči (Copak in Ucman, 2010). DT družino ohranja v ravnovesju, izboljšuje medsebojne odnose ter krepi zaupanje med starši in mladostnico (Lock in Le Grange, 2011).

Terapevti morajo biti pri obravnavi celotne družine pozorni na pristop, ki ga uporabijo. Ni pa nujno, da je DT uspešna pri vseh družinah in mladostnicah, ki se borijo z AN (Chavez in Insel, 2007). Nekateri avtorju so tudi mnenja, da se pri vključevanju v DT premalo razišče karakteristiko same družine. Rasa, spol, narodna pripadnost, vrednote in stališča družine se med seboj močno razlikujejo. Zato bi bilo veliko bolj učinkovito, da se pred pričetkom DT naprej razišče značilnosti družine in šele nato izbira pristope in metode zdravljenja (Smith, Cook - Cottone, 2011; Lock idr., 2010).

LITERATURA

1. Ahren, J. C., Chiesa, F., Klinteberg, B. in Koupil, I. (2012). Psychosocial determinants and family background in anorexia nervosa-results from the Stockholm birth cohort study. *Int J Eat Disord*, 45 (3), 362–369.
2. Ayton, A. (2012). Dying to be thin: your guide to today's mental health issues. *Ment Health Today*, Jan/Feb, 22–25.
3. Bould, H., Sovio, U., Koupil, I., Dalman, C., Micali, N., Lewis, G. idr. (2015). Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort. *Acta Psychiatr Scand*, 132 (1), 51–9.
4. Burton, M. (2014). Understanding eating disorders in young people. *Pract Nurs*, 25 (12), 606–610.
5. Chavez, M. in Insel, T. R. (2007). Eating disorders: nacional institute of mental health's perspective. *Am Psychol*, 62 (3), 159–166.
6. Conetti, L., Kanyas, K., Lerer, B., Latzer, Y. in Bachar, E. (2008). Anorexia nervosa and parental bonding: the contribution of parent–grandparent relationships to eating disorder psychopathology. *J Clin Psychol*, 64 (6), 703–716.
7. Copak, M. in Ucman, S. (2010). Nefarmakološki pristop pri zdravljenju motenj hranjenja. *Farm vestn*, 61 (2), 113–116.
8. Čarapič, J. (2012). Socialni vidiki motenj hranjenja. V K Serbec (ur.), *Motnje hranjenja*. Zbornik. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana.
9. Eivors, A. in Nesbitt, S. (2007). Lačni razumevanja: priročnik, ki naj pomaga mladim razumeti in premagati anoreksijo nervozo. Maribor: Obzorja.
10. Ferič - Šlehan, M. in Bašič, J. (2007). Starši in mladostniki o odnosu do tveganih oblik vedenja in načinu discipliniranja. *Socialna pedagogika*, 11 (2), 171–188.
11. Gostečnik, C. (2011). Inovativna relacijska družinska terapija. Ljubljana: Brat Frančišek.
12. Gostečnik, C. (2014). So res vsega krivi starši? Ljubljana: Brat Frančišek.
13. Honey, A. and Halse, C. (2007). Looking after siblings of adolescent girls with anorexia: an important parental role. *Child care health dev*, 33 (1), 52–58.

14. Hughes, E. K., Sawyer, S. M., Loeb, K. L. in Le Grange, D. (2015). Who's in the room? A parent-focused family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Eat Disord*, 23 (4), 291–301.
15. Jackman, R. (2009). Anorexia nervosa: diagnosis and management. *Br J Sch Nurs*, 4 (5), 234–236.
16. Jones, W. (2016). Anorexia nervosa and the adolescent self. *Hcpj*, 16 (2), 18–23.
17. Kyriacou, O., Treasure, J. in Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: modelling the factors that are associated with carer distress. *Int J Eat Disord*, 41 (3), 233–242.
18. Le Grange, D., Rienecke Hoste, R., Lock, J. in Bryson, S. W. (2011). Parental expressed emotion of adolescents with anorexia nervosa: outcome in family-based treatment. *Int J Eat Disord*, 44 (8), 731–734.
19. Lock, J. in Le Grange, D. (2011). *Treatment manual for anorexia nervosa: a family – based approach*. 2th ed. New York: The Guilford Press.
20. Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W. in Booil, J. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 67 (10), 1025–1032.
21. Mrevlje, V. G. (2010). Motnje hranjenja in avtoagresivnost. *Farm Vestn*, 61 (2), 110–112.
22. MUZA svetovalnica za motnje hranjenja. (2013). Anoreksija nervoza. Pridobljeno 19. 10. 2017, s http://www.svetovalnicamuza.si/Anoreksija_nervoza.html.
23. Oblak, N. in Kovač, S. (2014). Značilnosti motenj hranjenja pri otrocih in mladostnikih ter njihova obravnava na oddelku za otroško psihiatrijo pediatrične klinike, univerzitetni klinični center Ljubljana. *Slov Pediatr*, 21 (1), 47–52.
24. Pandel Mikuš, R. (2003b). Individualna doživljanja žensk z motnjami hranjenja 2 del. *Obzor Zdr N*, 37 (2), 117–124.
25. Parent, B. A. in Parent, T. C. (2008). Anorexia, Maudsley and an impressive recovery: one family's story. *J Paediatr Child Health*, 44 (1–2), 70–73.
26. Podjavoršek, N. (2004). Anoreksija ni le bolezen posameznika ampak je bolezen celotnega sistema. *Psihološka obzorja*, 13 (4), 119–133.
27. Price - Evans, K. in Treasure, J. (2011). The use of motivational interviewing in anorexia nervosa. *Child Adolesc Ment Health*, 16 (2), 65–70.
28. Ravi, S., Forsberg, S., Fitzpatrick, K. in Lock, J. (2009). Is there a relationship between parental self-reported psychopathology and symptom severity in adolescents with anorexia nervosa? *Eat Disord*, 17 (1), 63–71.
29. Rhodes, P., Brown, J. in Madden, S. (2009). The Maudsley model of family – based treatment for anorexia nervosa: a qualitative evaluation of parent – to – parent consultation. *J Marital Fam Ther*, 35 (2), 181–192.
30. Rienecke, R. D., Accurso, E. C., Lock, J. in Le Garnde, D. (2016). *Eur Eat Disord Rev*, 24 (1), 43–51.
31. Roš, A. (2016). *Dejavniki tveganja za motnje hranjenja pri mladostnikih in vloga zdravstvene nege* (Magistrsko delo). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
32. Rozman, S. (2014). Umirjenost: kako prepoznati zasvojenost, jo razumeti in poiskati pot iz nje. Ljubljana: Modrijan.
33. Rožman, A. (2014). Starševsko prepoznavanje otrokove ranjenosti ter preprečevanje razvoja in zdravljenje motenj hranjenja. *Didakta*, 173 (24), 42–49.
34. Sernec, K. (2011). Definicije in vrste motenj hranjenja. V A. Hafner (ur.), *Razumeti motnje hranjenja*. Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo.
35. Sernec, K. in Kališnik Šavli, M. (2007). Diagnostična merila motenj hranjenja. V B. Štern (ur.), *Zgodnje odkrivanje in celostna obravnava otrok in mladostnikov, ki jih ogrožajo kronične nenalezljive bolezni, v osnovni zdravstveni dejavnosti: zbornik projekta*. Ljubljana: CINDI.
36. Sim, L. A., Homme, J. H., Lteif, A. N., Vande Voort, J. L., Schak, K. M. in Ellingson, J. (2009). Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 42 (6), 531–539.

37. Smith, A. in Cook - Cottone, C. (2011). A review of family therapy as an effective intervention for anorexia nervosa in adolescents. *J Clin Psychol Med Settings*, 18 (4), 323–334.
38. Sternad, D. M. (2001). *Motnje hranjenja: od besed, ki ranijo k besedam, ki celijo*. Ljubljana: Samozaložba.
39. Svensson, E., Nilsson, K., Levi, R. in Carballeira - Suarez, N. (2013). Parents' experiences of having and caring for a child with eating disorder. *Eat Disord*, 21 (5), 395–407.
40. Treasure, J. in Russell, G. (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *Br J Psychiatry*, 199 (1), 5–7.
41. Treasure, J., Rhind, C., Macdonald, P. in Todd, G. (2015). Collaborative care: the new Maudsley model. *Eat Disord*, 23 (4), 366–376.
42. Van Ommen, J., Meerwijk, E. L., Kars, M., Van Elburg, A. in Van Meijel, B. (2009). Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. *J Clin Nurs*, 18 (20), 2801–2808.
43. White, H. J., Haycraft, E., Madden, S., Rhodes, P., Miscovic - Wheatley, J., Wallis, A. idr. (2015). How do parents of adolescent patient's with anorexia nervosa interact with their child at mealtimes? A study of parental strategies used in the family meal session on family - based treatment. *Int J Eat Disord*, 4 (1), 72–80.
44. Wozniak, G., Rekleiti, M. in Roupá, Z. (2012). Contribution of social and family factors in anorexia nervosa. *Health Sci J*, 6 (2), 257–269.
45. Zugai, J., Stein - Parbury, J. in Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a costumer persective. *J Clin Nurs*, 22 (13–14), 2020–2029.

Vloga medicinske sestre pri pacientkah z gestacijskim diabetesom

UDK 616.379-008.64

KLJUČNE BESEDE: sladkorna bolezen, nosečnost, merjena prehrana, dieta, telesna vadba, zdravstvena vzgoja

POVZETEK - Gestacijski diabetes se pojavi med nosečnostjo in po porodu izzveni. Medicinska sestra pacientke z gestacijskim diabetesom spodbuja in vodi k zdravemu načinu življenja, preprečevanju napredovanja bolezni in izboljšanju kakovosti življenja matere in otroka. Namen prispevka je ugotoviti, ali pacientke upoštevajo navodila in priporočila medicinske sestre v diabetološki ambulanti. Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja, metodo deskripcije in tehniko anketiranja. V raziskavi je sodelovalo 37 nosečnic z gestacijskim diabetesom. Ugotovili smo, da so pacientke upoštevale navodila, nasvete in priporočila medicinske sestre, kar je razvidno iz urejenosti gestacijskega diabetesa. 35 (95 %) nosečnic je urejalo diabetes z merjeno prehrano, 35 (95 %) jih je redno merilo krvni sladkor pred in po obrokih in 2 (5 %) sta uporabljali inzulin. Nosečnice so imele deficit znanja o prehrani, gibanju, uporabi inzulina, ketonih v urinu. 35 (95 %) nosečnic je bilo z delom medicinske sestre zadovoljnih. Ugotovljamo, da so pacientke seznanjene s potekom bolezni in obvladovanjem le-te. Izboljšave za prihodnost vidimo v promociji, ozaveščanju pacientk, kontinuiranem in permanentnem zdravstvenovzgojnem delu, v diabetološki ambulanti, in izven nje.

UDC 616.379-008.64

KEY WORDS: gestational diabetes, measured nutrition, diet, physical activity, health education

ABSTRACT - Gestational diabetes occurs during pregnancy and fades away after birth. The nurse encourages patients with gestational diabetes and leads them to a healthy way of life, prevent disease development and to improve the quality of mothers and child's life. Intention of this research is to learn if patients consider instructions and recommendations of nurses in the diabetes clinic. We used a quantitative method of research, the method of description and questionnaire technique. The research included pregnant women with gestational diabetes. We concluded that the respondents followed instructions, counsel and recommendations of the nurse, which could be seen from the stability of gestational diabetes. 35 (95%) pregnant women was managing diabetes with regulated food intake, 35 (95%) did regular measurements of blood sugar before and after the meals and 2 (5%) used Insulin. Pregnant women had a knowledge deficit: about food, exercise, insulin use, and ketones in urine. 35 (95%) pregnant women were satisfied with the nurse's work. We figured that the patients are well informed about the disease development and how to handle it. We see improvements for the future in promotion, informing of patients, continuous and permanent health educational work at the diabetes clinic and beyond.

1 Gestacijski diabetes

»Nosečnostna sladkorna bolezen (gestacijski diabetes mellitus) je opredeljena kot netoleranca za glukozo različnih stopenj, ki se je pojavila ali je bila prvič prepoznana v nosečnosti« (Lavrič, 2016, str. 81). To je pomemben zdravstveni problem in dejavnik tveganja za nastanek prirojenih anomalij, anatomskih in funkcionalnih sprememb pri otroku, poveča pa tudi tveganje za nastanek metabolnega sindroma pozneje v njegovem življenju.

Tomažič (2013a) navaja, da so številne študije pokazale povečano tveganje za perinatalno obolevnost in smrtnost pri otrocih nosečnic z nezdravljenim gestacijskim

diabetesom. Guzej (2013) meni, da je pogostost gestacijskega diabetesa v Evropi 3-5 %. Lavrič (2016) med dejavnike tveganja za nastanek gestacijskega diabetesa navaja starost nad 25 let, preddiabetično stanje pred nosečnostjo, sladkorna bolezen tipa 2 pri bližnjih sorodnikih, nosečnostna sladkorna bolezen v prejšnji nosečnosti, veliki otroci v prejšnjih nosečnostih (preko 4,1 kg) in čezmerna telesna teža pred nosečnostjo. Tomažič (2006a) ugotavlja, da gestacijski diabetes poteka brez simptomov. Hiperglikemija je lahko prisotna le ob obroku hrane, zato jo pravočasno odkrijemo le z izvajanjem presejalnega testa z obremenitvijo z glukozo. Tomažič in Sketelj (2011) navajata, da se ob prvem pregledu vsaki pacientki določi glukozo v krvi na tešče ali glukozo v naključnem vzorcu. Gestacijski diabetes je prisoten, če je glukozna venoznega odvzema na tešče $\geq 5,1$ mmol/l. Pojavi se v nosečnosti in dosežene glikemije na tešče ali v 75 g oralnem glukozna tolerančnem testu (OGTT) dosegajo dogovorjene diagnostične vrednosti za gestacijski diabetes. Vsem, ki v zgodnji nosečnosti glede na dejavnike tveganja do 28. tedna niso imele ugotovljenega gestacijskega diabetesa, opravijo 2-urni 75 g OGTT, za katerega Philips (2012) meni, da je trenutno zlati standard za ugotavljanje gestacijskega diabetesa. Tomažič (2013a) meni, da ima polovica žensk, ki so imele gestacijski diabetes, pet let po opazovani nosečnosti sladkorno bolezen tipa 2. Tveganje je večje pri tistih, pri katerih je bila sladkorna bolezen odkrita pred 24. tednom nosečnosti, pri tistih, ki so imele izrazite hiperglikemije in pri debelih.

1.1 Vloga medicinske sestre v diabetološki ambulanti

Ob postavitvi diagnoze nosečnica dobi osnovne informacije o morebitnih potrebnih spremembah življenjskega sloga in samokontroli. Zdravstveno vzgojni program izvaja diplomirana medicinska sestra v diabetološki ambulanti (Lavrincec in Bahun, 2011). Štotl (2013) meni, da z anamnezo pridobimo podatke o prehranjevalnih navadah. Semolič Valič in Bohnec (2006) priporočata beljakovinsko bogato hrano, ki mora vsebovati dovolj železa, kalcija in fosforja. Izdelki naj ne vsebujejo preveč maščob. Uživajo naj nemastne mlečne izdelke in posneto mleko. Pri mesu in mesnih izdelkih naj izbirajo pusto meso, skrbimo, da so kosi mesa v velikosti naše dlani in ne več. V dnevno prehrano naj vključijo čim več obrokov z mastnimi ribami, ki vsebujejo kakovostne maščobne kisline omega 3 in čim manj nasičenih maščob živalskega izvora. Bewley (2012) navaja, da naj znaša delež ogljikovih hidratov 40 %, priporočeni so kompleksni ogljikovi hidrati, kot jih vsebujejo polnozrnatni izdelki, stročnice, otrobi in škrobna živila, priporočljivo pa je tudi visoko zajetje vlaknin.

Fister (2006) meni, naj dnevno zaužijejo približno 300 g svežega sadja in enako količino sveže in prekuhane zelenjave, ki vsebuje veliko vitamina C. Semolič Valič in Bohnec (2006) menita, da zelenjava zelene barve naj bo večkrat tedensko na mizi, ker je poseben vir vitaminov in mineralov. Fister (2006) priporoča pitje navadne vode 1500 ml dnevno, čajev in negaziranih mineralnih vod, odsvetuje pa pitje gaziranih in umetno obarvanih pijač. Tomažin Šporar (2013) omenja, da je potrebna popolna vzdržnost alkohola.

Poljanec Bohnec (2013) navaja, da pacientko poučimo o pomenu merjene prehrane. Širca Čampa in Lavrinec (2013) menita, da je ena ogljikohidratna enota količina hrane,

ki vsebuje 15 g ogljikovih hidratov. 15 g ogljikovih hidratov se nahaja v 1 enoti škrobnatega živila (kruh, testenine, kaše), 1 enoti sadja, 1 enoti mleka, 3 enotah zelenjave, v 1,5 enoti sladkorja in sladkih živilih. Peklaj (2013) meni, da je zelo pomembno, da pacientke motiviramo za redno izvajanje postopkov, kot so: tehtanje živil z natančno tehtnico in oceno teže živila kot osnove za štetje ogljikovih hidratov. Za oceno količine ogljikovih hidratov lahko uporabimo kar priročne domače pripomočke: lonček ali skodelico za določitev 200 g, žlico za 20 g in žličko za 5 g. Priročna mera je tudi dlan. Tomažič (2006a) meni, da po podajanju teoretične osnove o sestavljanju jedilnikov moramo preveriti, ali so pacientke navodila razumele.

Svetovanje glede telesne dejavnosti je individualno ter se mora prilagoditi pacientkini zmogljivosti in željam (Poljanec Bohnec, 2013). Sternad (2010) priporoča zmerno, pretežno aerobno telesno vadbo vsaj 30 minut na dan na primer hojo in vaje za roke med sedenjem. Bratina, Žerjav Tanšek, Bratanič in Battelino (2012) menijo, da naj fizično aktivnost začnejo izvajati po 20-minutnem počitku po obroku. Vrtovec (2013) pa priporoča, da naj bodo aktivne vsak dan ali vsaj tri dni v tednu z dvodnevним presledkom.

Đurđević Despot (2013) svetuje tudi samokontrolo glukoze v krvi in samomeritve glukoze in ketonov v urinu. Skvarča (2008) meni, da pacientko poučimo o uporabi elektronskih merilnikov za merjenje ravni glukoze v krvi. Tomažič in Sketelj (2011) ugotavljata, da so ciljne vrednosti glukoze v krvi na tešče med 3,5 in 5,3 mmol/l, po obrokih pa < 6,6 mmol/l, če jih je mogoče varno doseči. Tomažič (2006b) meni, da pacientko opozorimo na merjenje ravni glukoze v krvi predvsem med prebolevanjem akutnih bolezni. Žontar in Zupančič (2012) svetujeta, da so alternativna mesta odvzema krvnega sladkorja predvsem prsti na rokah. Sternad (2010) priporoča merjenje koncentracije glukoze v krvi na tešče in pred obroki ter 90 minut po obrokih, Tomažič (2006b) pa svetuje merjenje koncentracije glukoze v krvi še pred spanjem in po potrebi med 2. in 3. uro ponoči, a le pri pacientkah, zdravljenih z insulinom. Sternad (2010) meni, da so naloge medicinske sestre, da pacientke z gestacijskim diabetesom ob prehodu na insulinsko zdravljenje pouči zakaj je potrebno insulinsko zdravljenje, o vrsti in delovanju insulina, o shranjevanju insulina, ravnanju s peresnikom, namestitvi in menjavi igle, negi rok in kože, o vbočnih mestih, odlaganju uporabljenih igel.

Samovodenje pomeni pacientkino ukrepanje na podlagi izvidov samokontrole, potrebno je voditi dnevnik samokontrole, vanj vpisati rezultate opravljenih meritev, posebne okoliščine, ki vplivajo na izmerjene vrednosti in odmere aplikacije insulina, če ga uporablja (Đurđević Despot, 2013). Medvešček (2007) meni, da so sprotni popravki primerni za pacientke z gestacijskim diabetesom, ki so že nekaj tednov ali mesecev na insulinskem zdravljenju in so si že uredile svojo standardno dozo insulina in pomenijo popravek ravni glukoze v krvi z ustreznimi odmerki insulina.

Ob prvi kontroli v nosečnosti preverimo znanje o preprečevanju hipoglikemije in ukrepanju ob hiperglikemiji (Tomažič, 2006a). Skvarča (2008) meni, da mora pacientka vedeti, da ob hipoglikemiji popije ali poje nekaj sladkega (kozarec sladkega soka, bombon, energijsko ploščico, vrečko sladkorja za sladkanje kave, kos kruha itd.) Klavs (2013) navaja, da pacientke z gestacijskim diabetesom, ki se šele privajajo

na insulinsko zdravljenje takoj poučimo, naj vedno preverijo koncentracijo glukoze v krvi ob najmanjšem sumu na hipoglikemijo.

Mrevlje (2006) svetuje, da ob hiperglikemiji pacientka dnevno spije dva do tri litre tekočine, glukozo v krvi meri 3- do 4- krat na dan, lahko tudi večkrat, dodaja kratkodelujoči insulin, 4 do 8 E subkutano pred obroki, po potrebi tudi opolnoči. Ko se stanje normalizira, nadaljuje z njenim predhodnim zdravljenjem. Zdravljenje hiperglikemije usmerimo v doseganje ciljne vrednosti krvnega sladkorja.

Fister (2006) svetuje vsem, zlasti nosečnicam s čezmerno telesno maso in neješčim, da spremljajo prisotnost ketonov v urinu. Cajhen (2013) priporoča samokontrolo v seču dvakrat na dan, zjutraj na tešče in pred večerjo. Fister (2006) ugotavlja, da se ketoni največkrat pojavljajo zjutraj in izginejo, ko je v prehrano uveden ustrezen povečerek. Če se pojavljajo pred obroki, pa je potrebno uvesti dodatno enoto sadja pri popoldanski malici. Če dodatna enota sadja ne zadostuje, dodamo še enoto ogljikohidratnega živila. Lavrinec in Bahun (2013) menita, da je načrt zdravstveno vzgojnega dela usmerjen v spreminjanje prehranskih navad in pridobivanje telesne mase, primerno nosečnosti, zadostnemu vnosu hranil in omejevanju porasta postprandialne glukoze v krvi.

2 Metoda

2.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je ugotoviti, ali pacientke z gestacijskim diabetesom upoštevajo navodila medicinske sestre in njihovo zadovoljstvo z zdravstveno vzgojnim delom v diabetološki ambulanti.

Cilji raziskave:

- predstaviti gestacijski diabetes in vlogo medicinske sestre,
- ugotoviti, v kolikšni meri so pacientke upoštevale navodila, nasvete in priporočila medicinske sestre v diabetološki ambulanti,
- ugotoviti, kakšno je zadovoljstvo pacientk s pridobljenimi informacijami o zdravstveno vzgojnem delu s strani medicinske sestre v diabetološki ambulanti,
- ugotoviti zadovoljstvo pacientk z zdravstveno vzgojnim delom medicinske sestre v diabetološki ambulanti.

2.2 Raziskovalna vprašanja

Na osnovi opredeljenega raziskovalnega problema smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja.

- V kolikšni meri so pacientke upoštevale navodila, nasvete in priporočila medicinske sestre v diabetološki ambulanti?
- Kakšno je zadovoljstvo pacientk s pridobljenimi informacijami o zdravstveno vzgojnem delu v diabetološki ambulanti?
- Kakšno je zadovoljstvo pacientk z zdravstveno vzgojnim delom medicinske sestre v diabetološki ambulanti?

2.3 Raziskovalna metoda in tehnika zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Uporabljena je bila deskriptivna metoda raziskovanja. Za nadaljnje pridobivanje podatkov je bila uporabljena tehnika anketiranja, s katero se je z anonimnim vprašalnikom pridobilo stališča in mnenja anketirank. Podatki so bili zbrani s pomočjo študija domače in tuje literature, in sicer s področij gestacijskega diabetesa in zdravstveno vzgojnega dela v diabetološki ambulanti. Primarni in sekundarni viri podatkov so bili zbrani s pomočjo strokovnih prispevkov v zbornikih predavanj, strokovnih knjig, člankov, smernic, zakonikov in internetnih virov. Za iskanje virov so bile uporabljene tudi bibliografske baze COBISS in Digitalna knjižnica Univerze v Mariboru (DKUM).

2.4 Opis instrumentarija

Za izvedbo raziskave smo uporabili strukturiran instrument v obliki anketnega vprašalnika, ki smo ga izdelali na podlagi pregleda literature (Sladkorna bolezen v nosečnosti, 2011; Tomažič in Sketelj, 2011; Sladkorna bolezen, priručnik, 2006). Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz kratkega uvodnega nagovora, ki je služil za motivacijo anketirank, navodil za reševanje in pošiljanje vprašalnika ter devetnajstih vprašanj. Tematsko je bil vprašalnik sestavljen iz treh sklopov. V prvem sklopu je bilo postavljenih trinajst vprašanj, ki so se nanašala na prvo raziskovalno vprašanje. Drugi sklop je vseboval tri vprašanja, ki so se nanašala na drugo raziskovalno vprašanje. Tretji sklop je prav tako vseboval tri vprašanja in se je nanašal na tretje raziskovalno vprašanje. Anketiranke so vprašalnik izpolnile, ko so prišle na pregled v diabetološko ambulanto.

2.5 Opis vzorca

V neslučajni namenski raziskovalni vzorec je bilo vključenih 40 anketirank. Pogoj za sodelovanje v anketi je bila obravnava nosečnic v diabetološki ambulanti zaradi gestacijskega diabetesa. Pričakovali smo 80 % realizacijo vzorca. Vrnjenih smo dobili 37 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 92,5 % realizacijo vzorca. Pri 24 (65 %) nosečnicah je bil gestacijski diabetes odkrit v prvih tednih nosečnosti, pri 13 (35 %) nosečnicah pa je bila bolezen odkrita med 24. in 28. tednom nosečnosti.

Demografski podatki statusa anketirank iz anketnega vprašalnika so navedeni v tabeli 1.

Tabela 1: Demografski podatki trenutnega statusa anketirank

| <i>trenutni status</i> | <i>število</i> |
|------------------------|----------------|
| zaposlenih | 12 (43,2 %) |
| nezaposlenih | 9 (24,3 %) |
| bolniška odsotnost | 16 (32,4 %) |

Vir: Anketni vprašalnik, 2016

2.6 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Raziskava je potekala od 18. marca do 9. septembra 2016 v diabetološki ambulanti Splošne bolnišnice Trbovlje. Z deskriptivno (opisno) statistično metodo smo pri merjenih spremenljivkah prikazali frekvence, odstotke. Z vprašalnikom pridobljeni podat-

ki so bili statistično urejeni in predstavljeni opisno, grafično in tabelarno s pomočjo programa Microsoft Excel.

2.7 Etični vidik raziskovanja

Pred izvedbo raziskave smo pridobili soglasje k raziskovanju s strani Splošne bolnišnice Trbovlje in individualni pristanek posamezne anketiranke. Vsi pridobljeni podatki so bili varovani in uporabljeni izključno za namen diplomskega dela. Anketiranim pacientkam z gestacijskim diabetesom smo zagotovili pravico do neškodovanja, pravico do polne pojasnitve, pravico do samoodločbe, pravico do zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti. Upoštevali smo načela kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

3 Rezultati

Anketiranke so odgovarjale na vprašanje ali je gestacijski diabetes urejen, pri tem pa imele možnost izbrati med več možnimi odgovori. 35 (94,6 %) anketirank odgovarja, da gestacijski diabetes urejajo z merjeno prehrano. 16 (43,2 %) anketirank odgovarja, da gestacijski diabetes urejajo z redno telesno vadbo. 2 (5,4 %) anketiranki potrebujeta še aplikacijo insulina, 1 (2,7 %) anketiranka je odgovorila, da gestacijski diabetes ni urejen, vendar se trudi, da ga uredi z merjeno prehrano in redno telesno vadbo.

35 (94,6 %) anketirank si vedno meri krvni sladkor pred obroki. Pogosto si pred zajtrkom krvni sladkor merita 2 (5,4 %) anketiranki. 90 minut po zajtrku si nikoli ne meri krvnega sladkorja 1 (2,7 %) anketiranka, redko si ga meri 5 (13,5 %) anketirank, 1 (2,7 %) občasno in 30 (81,1 %) vedno. Pred kosilom si 1 (2,7 %) anketiranka krvni sladkor meri redko, 3 (8,1 %) pogosto in 33 (89,2 %) vedno. 90 minut po kosilu si krvni sladkor nikoli ne meri 1 (2,7 %) anketiranka, 5 (13,5 %) redko, 1 (2,7 %) občasno, 30 (81,1 %) pa vedno. Pred večerjo si občasno meri krvni sladkor 1 (2,7 %) anketiranka, 3 (8,1 %) pogosto in 33 (89,2 %) vedno. 90 minut po večerji pa si nikoli ne merita krvnega sladkorja 2 (5,4 %) anketiranki, 4 (10,8 %) redko, 1 (2,7 %) pogosto in 30 (81,1 %) vedno.

15 (40,5 %) anketirank je telesno dejavnih enkrat dnevno, 14 (37,8 %) dvakrat dnevno, 6 (16,2 %) trikrat dnevno ali več. 2 (5,4 %) anketiranki navajata, da telesni dejavnosti namenita manj kot 30 minut dnevno, 30 minut 12 (32,4 %) anketirank, več kot 30 minut 8 (21,6 %) anketirank, 1 uro 5 (13,5 %) anketirank in več kot eno uro 9 (24,3 %) anketirank. 26 (70,3 %) anketirank je odgovorilo, da so dovolj telesno aktivne, 10 (27,0 %) jih odgovarja, da ne.

Glede na uporabo insulina 34 (91,9 %) anketirank meni, da aplikacije insulina ne potrebuje, 2 (5,4 %) pa aplikacijo insulina potrebuje.

11 (29,7 %) anketirank odgovarja, da v zadnjih dveh tednih ketoni v urinu niso bili prisotni, 4 (10,8 %) anketiranke odgovarjajo, da so bili ketoni prisotni enkrat v zadnjih dveh tednih, 1 (2,7 %) anketiranka navaja prisotnost ketonov v urinu trikrat.

Anketirankam smo zastavili odprto vprašanje glede ukrepov ob prisotnosti ketonov v urinu. 3 (8,1 %) anketiranke so odgovorile, da ne storijo nič za odstranitev prisotnih ketonov v urinu, 6 (16,2 %) anketirank navaja primeren vnos ogljikovih hidratov in telesno vadbo, 5 (13,5 %) anketirank odgovarja, da pojedjo povečerek.

Na odprto vprašanje o največjih težavah pri pripravi primerno merjenega obroka je 14 (37,8 %) anketirank odgovorilo, da nimajo težav s pripravo primerne obroka. 1 (2,7 %) anketiranka je odgovorila, da ima težave z izračunavanjem deleža maščob, 1 (2,7 %) je odgovorila, da se sooča s pomanjkanjem idej. 1 (2,7 %) anketiranka ima težave zaradi nihanja krvnega sladkorja, 3 (8,1 %) so odgovorile, da imajo težave s kombiniranjem ustreznih živil. 4 (10,8 %) anketiranke imajo težave z raznolikostjo obroka in idejami. 1 (2,7 %) anketiranka odgovarja, da so težave s pripravo bogate hrane z vlakninami. S pravilnim razmerjem živil imata težave 2 (5,4 %) anketiranki, 1 (2,7 %) anketiranka odgovarja, da ima težave s količino in sestavinami živil. Omejene količine živil so težava prav tako pri 1 (2,7 %) anketiranki. 4 (10,8 %) anketiranke imajo težave z izračunavanjem obrokov. 1 (2,7 %) anketiranka navaja pomanjkanje časa, 1 (2,7 %) pa hitro prekoračitev ogljikovih hidratov.

Anketiranke so dobile informacije o merjeni prehrani (PV = 4,7) o izvajanju telesne aktivnosti (4,7), o ketonih v urinu (PV = 4,7), in o merjenju krvnega sladkorja (PV = 4,9). 22 anketirank je dobilo vsa navodila v diabetološki ambulanti.

Z zdravstveno vzgojnim delom medicinske sestre v diabetološki ambulanti je bilo 35 (94,6 %) anketirank zelo zadovoljnih, 1 (2,7 %) delno zadovoljna, 1 (2,7 %) pacientka pa je kot razlog nezadovoljstva navedla dolgo čakanje v čakalnici. Vseh 37 (100%) anketirank pa je odgovorilo, da jim je medicinska sestra v diabetološki ambulanti namenila dovolj časa.

4 Razprava

Pri prvem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo ali pacientke upoštevajo navodila in nasvete medicinske sestre v diabetološki ambulanti. Pozitiven rezultat dela medicinske sestre kaže graf 1, ki predstavlja urejenost gestacijskega diabetesa.

Z raziskavo smo ugotovili, da so pacientke upoštevale navodila in nasvete, saj imajo dobro voden gestacijski diabetes, dosejajo ciljne vrednosti krvnega sladkorja in ga zdravijo predvsem z merjeno prehrano, kar pomeni, da znajo izbrati prava živila in jih stehitati in pravilno razporediti na jedilnik. Sledi ji telesna aktivnost, kar pomeni, da gestacijski diabetes zdravijo z redno 30 minutno telesno vadbo. Poljanec Bohnec (2013) nosečnicam svetuje, da na polovico krožnika naložijo zelenjavo, na četrtno krožnika škrobna živila z nizkim glikemičnim indeksom ter stročnice v prilogi (grah, stročji fižol, leča, soja). Naslednjo četrtno krožnika zapolnijo s kakovostnimi beljakovinskimi živili - s pustim mesom (govedino, teletino, zajcem, ovčetano), perutnino brez kože in morskimi ribami (skuša, losos, običajne sardelice, ne ocvrte). Tomažič (2013b) meni, da je po priporočilih (American College of Obstetricians and Gynecologists 2002) pri normalno potekajoči nosečnosti priporočeno 30 minut telesne dejavnosti dnevno.

Rezultati raziskave kažejo, da se nosečnice v visokem odstotku poslužujejo merjenja krvnega sladkorja pred obroki. Po vseh obrokih pa je odstotek merjenja krvnega sladkorja nižji. Janež (2016) ugotavlja, da redno merjenje krvnega sladkorja in določanje HbA1c omogočata oceno pacientkine urejenosti gestacijskega diabetesa. Redno merjenje krvnega sladkorja je pomembno pri odkrivanju hipoglikemij in nadaljnjem zdravljenju gestacijskega diabetesa. Tomažič in Sketelj (2016) svetujeta samokontrolo glukoze v krvi pred glavnimi obroki in 90 minut po glavnih obrokih.

Anketiranke so v večini telesno aktivne enkrat dnevno, in sicer 30 minut, kar zopet nakazuje, da pacientke upoštevajo nasvete medicinske sestre in so prepričane, da so dovolj telesno aktivne. Delež anketirank, ki navajajo, da niso dovolj aktivne za to krivijo kontraindikacije in predvsem pomanjkanje časa. Veliko anketirank je aktivnih tudi dvakrat dnevno, trikrat dnevno pa nekoliko manj. Poljanec Bohnec (2013) opisuje, da je za pacientke z gestacijskim diabetesom priporočljivo individualno svetovanje glede telesne dejavnosti in prilagajanje njihovi zmogljivosti in željam. Priporoča se lagodna ali počasna hoja, hitrost tri km na uro. Tomažič (2013) meni, da je priporočljivo 30 minut telesne dejavnosti dnevno. Sternad (2010) navaja, da so za pacientke z gestacijskim diabetesom primerne tudi vaje za roke med sedenjem. Bratina idr. (2012) menijo, da se fizična aktivnost lahko začne izvajati po 20-minutnem počitku po obroku.

Aplikacija insulina je potrebna le pri manjšem odstotku anketirank, kar pomeni, da zelo dobro obvladujejo gestacijski diabetes in upoštevajo navodila in nasvete medicinske sestre v diabetološki ambulanti. Tomažič in Sketelj (2016) ugotavljata, da so mnenja o potrebnosti doseganja dobro urejene glikemije v nosečnosti enotna. Raziskave kažejo nedvomno povezanost med povečano koncentracijo glukoze v krvi in makrosomijo ploda, insulin pa je za zdaj edino zdravilo, ki ga lahko nosečnica z gestacijskim diabetesom prejema.

Pri merjenju ketonov v urinu v zadnjih dveh tednih pri večini nosečnic ketoni niso bili prisotni, v primeru, da pa so bili, so anketiranke s pravnimi ukrepi ustrezno poskrbele za odstranitev le-teh. Fister (2006) pravi, da nosečnicam s prekomerno težo in neješčim svetujemo, da spremljajo prisotnost ketonov v urinu. Cajhen (2013) opisuje, da je priporočljivo merjenje ketonov zjutraj na tešče in pred večerjo. Fister (2006) ugotavlja, da se ketoni največkrat pojavljajo zjutraj in izginejo ob ustreznih uvedbi povečanka. Če se pojavljajo pred obroki, pa je potrebno povečati energijsko vrednost predhodnega obroka ali uvesti dodatno enoto sadja, lahko dodamo še enoto ogljikohidratnega živila.

Pri pripravi primerno merjenega obroka so navedeni različni odgovori, ki kažejo bolj na pomanjkanje idej, težave pri kombiniranju ustreznih živil, nihanje krvnega sladkorja, izračunavanje obrokov, hitra prekoračitev ogljikovih hidratov, kot pa resne težave zaradi pomanjkanja znanja, prevladuje pa zopet odgovor, da pri merjenju obroka nimajo težav, kjer je spet viden rezultat urejenosti gestacijskega diabetesa. Skvarča (2008) meni, da je potrebno poskrbeti, da v svoje življenje vključimo čim več gibanja, potrebno je uživati raznovrstno in ne premastno hrano, z veliko zelenjave in sadja. Že v trgovini ali na živilski tržnici je potrebno izbrati primerna živila, tako bo lažje doseči in vzdrževati primerno telesno težo (Skvarča, 2008). Skvarča (2012) meni, da je s takšnim načinom življenja potrebno začeti zgodaj, v otroštvu in mladostniških letih.

Takrat se ustvarjajo vzorci prehranjevanja in razgibanosti življenja. Slab način prehranjevanja se prenese s seboj v odraslo dobo, takrat pa se ga je bistveno težje odvaditi in pričeti z novim, bolj zdravim načinom življenja.

V nadaljevanju nas je zanimalo zadovoljstvo pacientk s pridobljenimi informacijami o zdravstveno vzgojnem delu v diabetološki ambulanti. Medicinska sestra v diabetološki ambulanti je po mnenju anketirank posredovala dovolj informacij. Rezultati povprečnih vrednosti kažejo, da je medicinska sestra s posredovanimi informacijami svoje delo odlično opravila in s tem smo močno izboljšali znanje pacientk. Večina anketirank tudi navaja, da so dobila vsa navodila v diabetološki ambulanti. Tomažič (2013a) navaja, da je potrebno načrtovanje prehrane z izborom živil z ugodnim vplivom na glikemijo, določanje glukoze v krvi pred in po obrokih, natančen izračun insulinskih odmerkov v primeru aplikacije insulina. Zdravstveni tim mora imeti znanje in veščine za motivacijo nosečnice, da vzdržuje normoglikemijo do poroda. Čeh (2015) navaja, da je priporočljivo, da se nosečnica z gestacijskim diabetesom pouči o zdravem življenjskem slogu, samokontroli, zdravem načinu prehranjevanja, o pomenu ketonov v urinu ter fizični aktivnosti in po potrebi o aplikaciji insulina, saj lahko le tako prepreči neugoden izid nosečnosti.

Anketiranke odgovarjajo, da so zelo zadovoljne z zdravstveno vzgojnim delom medicinske sestre in so dobile dovolj znanja, da bolezen obvladujejo. V večini nimajo predlogov za izboljšave, moti jih le nekaj manjših zadev, na katere pa žal medicinska sestra v diabetološki ambulanti ne more vplivati, in sicer na prihod zdravnika, na pogostejše odgovarjanje na telefonske klice, čeprav pacientkam pove, da jo lahko pokličejo kadarkoli. Medicinska sestra je kljub preobremenjenosti vedno našla nekaj minut za pacientke, ki so želela odgovore na svoja vprašanja, nekaterim pacientkam pa je to še vedno premalo. Kobolt in Frlec (2006) navajata, da se odnos vzpostavlja le ob skupni dejavnosti ali ob sodelovanju in medosebni izmenjavi. To pomeni, da morata biti v izvajanje zdravstveno vzgojnega programa vključeni obe, medicinska sestra kot nosilka in usmerjevalka ter pacientka kot dejavna udeleženka in sooblikovalka ritma, načina in vzdušja v katerem se sodelovanje odvija.

Vse anketiranke so odgovorile, da jim je medicinska sestra namenila dovolj časa. Medicinska sestra v diabetološki ambulanti se je pacientkam posvetila v predavalnici, bila na voljo v ambulanti ves čas službe, anketirankam je bilo naročeno, da če imajo kakršnokoli vprašanja, lahko tudi kadarkoli pokličejo. Enova (2006) navaja, da medicinska sestra vpliva na pacientkino obnašanje, potrebe, strahove, strese in na kup drugih dejavnikov ter vzdržuje iskren odnos do tega, kar je pozitivno vplivalo na pacientko.

Ugotovili smo, da je medicinska sestra zdravstveno vzgojno delo odlično opravila, kot navajajo zadovoljne anketiranke. Raziskava nam je razkrila, da se nosečnice hitro sprijaznijo z diagnozo in vsem, kar spada k njej, saj pod srcem nosijo nov smisel življenja - otroka, ki bo le z njihovo pomočjo prišel na svet zdrav. Zdravljenje sladkorne bolezni je danes v primerjavi s preteklostjo povsem drugačno, boljše, lahko bi rekli povsem lagodno. Anketiranke so v večini v bolniškem staležu ali so nezaposlene, zato si lahko dan in prehrano načrtujejo po želji, posledično ni stresa, so umirjene in tako tudi sladkor ne niha, ketoni v urinu niso prisotni in ni potrebna aplikacija insulina.

LITERATURA

1. Bewley, C. (2012). Medical disorders of pregnancy. V S. Macdonald (ur.), *Mayes' Midwifery* 14th ed (str. 779–780). London: Elsevier.
2. Bratina, N., Žerjav Tanšek, M., Bratanič, N. in Battelino, T. (2012). Šport in sladkorna bolezen. V N. Bratanič (ur.), *Sladkorčki, vse, kar morate vedeti o sladkorni bolezni* (str. 174–191). Ljubljana: društvo za pomoč otrokom s presnovnimi motnjami, UKC, pediatrična klinika.
3. Cajhen, M. (2013). Prehrana pri nosečniški sladkorni bolezni. V S. Vujičić (ur.), *Sladkorna bolezen, priročnik za zdravstvene delavce* (str. 398–401). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni in Slovensko osteološko društvo.
4. Čeh, K. (2015). Zdravstveno vzgojni program nosečnice z gestacijskim diabetesom v diabetološki ambulanti: diplomsko delo univerzitetnega študija (str. 2-37). Maribor, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. Pridobljeno 11. 1. 2017, s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=82886>.
5. Đurđević Despot, R. (2013). Samokontrola. V S. Vujičić (ur.), *Sladkorna bolezen, priročnik za zdravstvene delavce* (str. 266–272). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni in Slovensko osteološko društvo.
6. Enova, D. (2006). Stres, depresija in sladkorna bolezen. V M. Bohnec (ur.), *Sladkorna bolezen* (str. 789–826). Ljubljana: samozal.
7. Fister, M. (2006). Prehrana pri nosečnosti sladkorni bolezni. V M. Bohnec (ur.), *Sladkorna bolezen, priročnik* (str. 728–734). Ljubljana: samozal.
8. Guzej, Z. (2013). Nosečnostna sladkorna bolezen, presejalni testi in vodenje nosečnosti. V G. Njenjič (ur.), *Sladkorna bolezen - skrb za zdravje žensk in otrok/ zbornik predavanj z recenzijo, Debeli rtič*, 11. oktober 2013. (str. 10–17). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
9. Janež, A. (2016). Samokontrola. Pridobljeno 6. 2. 2017, s <http://endodiab.si/wp-content/uploads/sites/2/2015/12/9.-Samokontrola.pdf>.
10. Klavs, J. (2013). Hipoglikemija. V S. Vujičić (ur.), M. Sladkorna bolezen, priročnik za zdravstvene delavce (str. 295–300). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni in Slovensko osteološko društvo.
11. Kobolt, A. in Frlec, Š. (2006). Motivacija za spremembo življenjskega sloga. V M. Bohnec (ur.), *Sladkorna bolezen* (str. 772–788). Ljubljana: samozal.
12. Lavrič, M. (2016). *Porodništvo 2*. Izdaja. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.
13. Lavrinec, P. in Bahun, M. (2011). Zdravstveno vzgojna obravnava žensk z nosečnostno sladkorno boleznijo - primer dobre prakse splošne bolnišnice Jesenice - nova lokacija. V T. Štemberger Kolnik (ur.), 8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije/ zbornik prispevkov z recenzijo (str. 148–151). Maribor 12., 13. in 14. maj 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic. Pridobljeno 3. 5. 2015, s file:///C:/Users/doma/Downloads/Zbornik_8_kongres%20%28%29.pdf.
14. Medvešček, M. (2007). Samokontrola sladkorne bolezni (str. 1–28). Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, klinični center Ljubljana, v sodelovanju z Novo Nordisk, d. o. o.
15. Mrevlje, F. (2006). Akutni zapleti sladkorne bolezni. V M. Bohnec (ur.), *Sladkorna bolezen* (str. 243–249). Ljubljana: samozal.
16. Peklaj, K. (2013). Metode za oceno vsebnosti ogljikovih hidratov v prehrani s poudarkom na štetju njihove količine. V S. Vujičić (ur.), *Sladkorna bolezen* (str. 132–135). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni in Slovensko osteološko društvo.
17. Philips, J. P. (2012). Oral glucose tolerance testing. South Australia. Pridobljeno 8. 5. 2015, s <http://www.racgp.org.au/download/documents/AFP/2012/June/201206phillips.pdf>.

18. Poljanec Bohnec, M. (2013). Zdrav življenjski slog in preprečevanje kroničnih bolezni. V S. Vujičić (ur.), *Sladkorna bolezen* (str. 67–82). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni in Slovensko osteološko društvo.
19. Semolič Valič, A. in Bohnec, M. (2006). Zdrava in uravnotežena prehrana. V M. Bohnec (ur.), *Sladkorna bolezen* (str. 367–430). Ljubljana: samozal.
20. Skvarča, A. (2008). Prvi sladki koraki. Ljubljana: Roche.
21. Sternad, S. (2010). Nosečnostna sladkorna bolezen. V J. Klavs (ur.), *Oskrba bolnika s sladkorno boleznijo na primarni ravni, Moravske toplice*, 22. in 23. oktober 2010 (str. 87–93) Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije v endokrinologiji.
22. Širca Čampa, A. in Lavrinec, J. (2013). Pomen ogljikovih hidratov pri urejanju sladkorne bolezni: štetje ogljikovih hidratov. (str. 13–40). Ljubljana: Narodna univerzitetna knjižnica. Pridobljeno 12. 9. 2016, s http://www.sladkorcki.si/media/docs/StetjeOH_feb09_KONCNA.pdf.
23. Štotl, I. (2013). Debelost, hujšanje in sladkorna bolezen. V S. Vujičić (ur.), *Sladkorna bolezen, priročnik za zdravstvene delavce* (str. 122–131). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni in Slovensko osteološko društvo.
24. Tomažič, M. (2006a). Sladkorna bolezen v nosečnosti. V M. Bohnec (ur.), *Sladkorna bolezen* (str. 719–727). Ljubljana: samozal.
25. Tomažič, M. (2006b). Samokontrola. V M. Bohnec (ur.), *Sladkorna bolezen* (str. 132–142). Ljubljana: samozal.
26. Tomažič, M. (2013a). Sladkorna bolezen in nosečnost. V S. Vujičić (ur.), *Sladkorna bolezen* (str. 383–387). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni in Slovensko osteološko društvo.
27. Tomažič, M. (2013b). Posebnosti v zdravljenju sladkorne bolezni v nosečnosti. V S. Vujičić (ur.), *Sladkorna bolezen* (str. 392–396). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni in Slovensko osteološko društvo.
28. Tomažič, M. in Sketelj, A. (2011). Sladkorna bolezen v nosečnosti. Prirejeno po Slovenskih smernicah za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah. Ljubljana: Novo nordisk.
29. Tomažič, M. in Sketelj, A. (2016). Sladkorna bolezen v nosečnosti. Pridobljeno 6. 2. 2017, s <http://endodiab.si/wp-content/uploads/sites/2/2015/12/27.-SB-vnose%C4%8Dnosti.pdf>.
30. Tomažin Šporar, M. (2013). Zdrava, uravnotežena prehrana bolnika s sladkorno boleznijo. V S. Vujičić (ur.), *Sladkorna bolezen* (str. 83–89). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni in Slovensko osteološko društvo.
31. Vrtovec, M. (2013). Telesna dejavnost v zdravljenju sladkorne bolezni. V S. Vujičić (ur.), *Sladkorna bolezen* (str. 156–163). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni in Slovensko osteološko društvo.
32. Žontar, M. in Zupančič, I. (2012). Alternativna mesta za merjenje sladkorja. V N. Bratanič (ur.), *Sladkorčki, vse, kar morate vedeti o sladkorni bolezni* (str. 59). Ljubljana: društvo za pomoč otrokom s presnovnimi motnjami, UKC, pediatrična klinika.

Timski pristop k celostni obravnavi otroka in mladostnika

UDK 616-053.2/6:614.2

KLJUČNE BESEDE: otroci, celostna obravnava, timski pristop

POVZETEK - Na Otroškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto poskrbimo za celostno obravnavo otroka/mladostnika. Že začetni pristop k otroku ni ozko usmerjen samo na težavo, zaradi katere je prišel k nam po pomoč, temveč naredimo najprej zelo natančno anamnezo, pregled celega telesa, ocenimo tudi psihično stanje in smo pozorni na socialno stanje otroka in cele družine. Med nadaljnjo obravnavo anamnezo še dopolnjujemo, opravljamo redne preglede vseh organskih sistemov ter skrbimo za dobro počutje otroka/mladostnika na našem oddelku (bolnišnični vrtec, šola, Rdeči noski - klovni zdravniki, branje pravljic, predstave). Pri obravnavi otroka/mladostnika sodeluje celoten stalni tim tako zdravstvenih in nezdravstvenih delavcev ter sodelavcev. Vključujemo pa tudi strokovnjake z drugih področij. Po potrebi se posvetujemo s subspecialisti terciarnega nivoja. Poleg tega delujemo ves čas vzgojno in preventivno (Šola za starše, Navodila za zdravo življenje, Šola astme, Šola kakanja in lulanja). Delujemo tudi v skladu z zahtevami naziva Dojenju prijazna zdravstvena ustanova. Ves čas nam je vodilo kakovostna, varna in prijazna obravnava.

UDC 616-053.2/6:614.2

KEY WORDS: child, integrated treatment, team approach

ABSTRACT - At the Children's Department of the Novo mesto General Hospital we take care of the comprehensive treatment of the child and adolescent. The initial approach is not focused solely on the patient's problem, but we thoroughly check the patient's medical history, make a very detailed examination, assess the mental state of the child, and pay attention to the social situation of the child and the whole family. During further treatment, the history is updated, we perform regular examinations of all the organic systems, and care for the well-being of the child in our department (hospital care, school, Rdeči noski - the clown doctors, reading fairy tales, performances, etc.). We have always been guided by quality, safe and friendly treatments. The entire standing team of both healthcare and non-health workers and co-workers participate in the patient's treatment. We also include experts from other fields. If necessary, we consult with the subspecialists of the tertiary level. We are also constantly active in educational and preventive activities (Parents' School, Healthy Living Instructions, Asthma School, Pooping and Peeing School), working in accordance with the requirements of the Breast Feeding-Friendly Health Care.

1 Uvod

Sodobna medicina se je v zadnjih desetletjih zaradi ogromnega obsega novih znanj razdelila na številne posamezne veje. Vsaka posebej se ukvarja s posameznimi skupinami bolezni določenih organov (Borisov, 1985). Tako je začelo veljati, da človeka celostno obravnavajo le zdravniki oziroma alternativna medicina. V prispevku bomo poskušali predstaviti, da na Otroškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto temu ni tako.

2 Sprejem pacienta

Ob prihodu akutno bolnega otroka ali mladostnika medicinska sestra najprej izmeri vitalne funkcije in ga razvrsti po stopnji nujnosti obravnave. Sledi natančno jemanje podatkov o trenutnem zdravstvenem stanju. Zdravnik natančno izpraša pacienta in/ali njegove starše oziroma spremljevalce o njegovih trenutnih simptomih in znakih bolezni. Zelo pomembni pa so tudi podatki o že prebolelih in eventualnih kroničnih boleznih, alergijah ter cepljenjih. Pri manjših otrocih nas še posebej zanimajo podatki o obporodnem dogajanju. Zelo pomembna je epidemiološka anamneza, ki pogosto omogoča hitro postavitve diagnoze nalezljive bolezni. Za kvalitetno celostno obravnavo pacienta je dalje zelo pomembna natančna socialna anamneza, saj veliko zdravstvenih težav izvira ravno v neprimernem psihosocialnem okolju, v katerem živi otrok ali mladostnik (Kliegman, Stenton, Geme, Schor, 2015).

Po začetnem pogovoru sledi natančen pregled celotnega pacientovega telesa in ne samo tistega dela telesa, kjer pacient opisuje težave.

Na podlagi vseh pridobljenih podatkov zdravnik naroči usmerjene preiskave.

3 Celostna obravnava

Na oddelku otroka ali mladostnika ustrezno namestimo. Glede na prostorske možnosti vedno omogočimo enemu od staršev ali skrbnikov sobivanje ob bolnem otroku, ne glede na otrokovo starost. Do šestega leta pa nudimo spremljevalcu tudi tri obroke. Bolniku seveda prehrano predpišemo zdravniki glede na zdravstveno stanje.

Zdravstvena obravnava poteka večinoma na našem oddelku, le določene preiskave in posegi, ki so vezani na nepremično opremo, izvajamo izven našega oddelka (npr. operativne posege, radiološke preiskave, MR, CT ipd.). Pogosto vključimo v obravnavo zdravnike drugih specialnosti ali se po potrebi posvetujemo s specialisti iz terciarnega nivoja. V primeru psihosomatskih težav, vključimo v obravnavo tudi klinično psihologinjo. Ob neugodnih socialnih razmerah pa nam pomaga socialna delavka, ki preko pristojnega Centra za socialno delo pomaga zagotoviti primerne življenjske pogoje.

Seveda pa na našem oddelku ne skrbimo le za dobro stanje telesa, temveč tudi duha. Le prijetno vzdušje omogoča tudi uspešno zdravljenje. Vzgojiteljica poskrbi, da malčkom in večjim otrokom pri nas ni nikoli dolgčas. Pogosto organiziramo razne tematske delavnice, lutkovne predstave, branje pravljic, obiske zanimivih ljudi, redno tedensko prihajajo Rdeči noski. Še posebej ob praznikih je teh dogodkov še več, zato našim pacientom ni pretežko bivati pri nas. Že deset let imamo organizirano tudi bolnišnično šolo, zato šoloobveznim otrokom in mladostnikom ne manjka preveč izostanek od pouka. Med bivanjem pri nas lahko pridobivajo tudi ocene.

Ves čas bivanja otroka ali mladostnika v bolnišnici poskušamo vsi zaposleni delovati tudi preventivno, vzgojno in podporno. Tekom zdravstvene obravnave poskušamo tako pacienta kot tudi starše vzpodbujati k zdravim in koristnim navadam kot so dovolj pitja te-

kočin (vode ali doma pripravljenega nesladkanega čaja), zdrava prehrana, dovolj spanja in gibanja na svežem zraku, branje, omejitev uporabe elektronskih naprav, skrb za redno odvajanje blata ter skrb za primerno osebno higieno. Večkrat letno imamo na oddelku tudi predavanja za starše hospitaliziranih otrok glede zdravja, vzgoje in preventive.

Veliko skrb namenjamo tudi vzpodbujanju dojenja, zato smo tudi izpeljali vse potrebne aktivnosti in pridobili naziv Dojenju prijazna zdravstvena ustanova. Celotna družba bi se morala zavedati pomena dojenja za optimalen razvoj in zdravje otrok, dobrobiti za doječe matere in celo družino ter nenazadnje za celotno družbo.

Tekom celotne obravnave pacienta vsi člani zdravstvenega tima delujemo enotno in se med sabo dopolnjujemo. Tudi vse preventivne aktivnosti izvajamo kontinuirano tekom celotne hospitalizacije. Tako zdravniki kot tudi medicinske sestre smo uigran tim, ki se ves čas dopolnjuje pri svojih aktivnostih. Imamo redne tedenske oddelčne sestanke in skupne vizite, zato delujemo strokovno in enotno, saj vsi člani tima dobro poznamo naše paciente ter najnovejša strokovna dognanja na področju pediatrije in zdravstvene nege.

4 Odpust

Že ob prihodu bi starši radi vedeli, kdaj bo otrok lahko zapustil bolnišnico. Tega seveda ni vedno mogoče natančno napovedati, seveda pa si vsi želimo, da bi se njegovo zdravstveno stanje čimprej toliko izboljšalo, da ne bi več potreboval bolnišnične obravnave. Ob odpustu dobijo natančna navodila za zdravljenje in nego doma ter svetujemo glede eventuelne kontrole pri nas ali pri izbranem zdravniku. Pogosto je potrebna nadaljna ambulantna obravnava in sledenje, predvsem kroničnih pacientov.

5 Zaključek

Na Otroškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto si vsi prizadevamo za čimbolj celostno obravnavo naših pacientov z rednim uvajanjem najnovejših strokovnih doktrin na podlagi z dokazi podkrepljene medicine. Pri tem sta nam glavni vodili kakovost in varnost (Robida, 2009). Zadovoljstvo naših pacientov in njihovih spremljevalcev redno preverjamo z anketami, obravnavo vseh prejetih pritožb in pohval ter spremljanjem kazalcev kakovosti. Imamo tudi anketo za najmlajše s smejkoti. Največja pohvala za naše dobro delo pa je, kadar naši mali bolniki ne želijo še domov. Naše paciente želimo obravnavati kot pravi star latinski rek: "Tuto, cito et jucunde." (Hitro, varno in prijetno).

LITERATURA

1. Borisov, P. (1985). Zgodovina medicine. Ljubljana: Cankarjeva založba
2. Kliegman, R. M., Stenton, B., Geme, J. in Schor, N. F. (2015). Nelson Textbook of Pediatrics. USA: Saunders Company.
3. Robida, A. (2009). Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV.

Specific Nursing Care of Patients Suffering from Alzheimer's Dementia

UDC 616.894-083

KEY WORDS: dementia, memory, nursing care

ABSTRACT - Alzheimer's dementia belongs to degenerative diseases of the brain in which it causes damaging of cognitive functions – thinking, memory, judgment. Nowadays it lines up among the most common and most feared diseases of the old age. In Czech Republic, 120-150 thousand of people are estimated to be suffering from AD. In Slovakia, there is about 50-60 thousand sick people. The situation is considered to be a modern pandemic, and it is estimated that the number of patients will have exceed 200,000 cases in CR and also in SK in less than 20 years. For these reasons, the problematics was proclaimed as priority by organisations WHO, EU and the Czech government. Our international research was focused on mapping the declared knowledge about this problematics, and on ways of providing specific nursing care of patients suffering from AD through medical devices. I work as a professional teacher at medical high school in Třebíč. When students perform their practice in hospital environment, we meet patients with AD more and more often. Therefore, it seems very important to introduce not only professional caregivers, but also family members, with specific needs in individual stages of the disease.

UDK 616.894-083

KLJUČNE BESEDE: demenca, spomin, zdravstvena nega

POVZETEK - Alzheimerjeva demenca (AD) spada med degenerativne bolezni možganov, kjer povzročijo poškodovanje kognitivne funkcije – razmišljanje, spomin, presoja. Danes je med najpogostejšimi in je najbolj strah vzbujajoča bolezen v dobi starosti. Na Češkem 120-150 tisoč ljudi ocenjuje, da trpijo zaradi AD; na Slovaškem je približno 50-60 tisoč bolnikov. Situacija se šteje za sodobno pandemijo, in ocenjuje se, da bo število bolnikov presegalo 200.000 primerov v CR in tudi v SK v manj kot 20 letih. Zaradi teh razlogov, je problematika bila razglašena kot prednostna naloga organizacije WHO, EU in Češke. Mednarodna raziskava je bila osredotočena na pregled znanja o tej problematiki in o načinih zagotavljanja posebne zdravstvene nege pacientov z AD. Delam kot strokovni učitelj na Srednji zdravstveni šoli v mestu Třebíč. Ko študenti opravljajo svojo prakso v bolnišničnem okolju, se srečujemo z bolniki z AD bolj pogosto. Zato se zdi zelo pomembno predstaviti ne le strokovne skrbnike, ampak tudi družinske člane s posebnimi potrebami pri posameznih fazah bolezni.

1 Introduction

Alzheimer's disease is one of the degenerative diseases of the brain. It is currently one of the most common and feared diseases of old age. In the Czech Republic, an estimated 120–150 thousand people suffer from this disease. In Slovakia, it is about 50–60 thousand people. Unless an appropriate therapy of AD is discovered and introduced, experts estimate that by 2050 the number of people suffering from this disease will have quadrupled (to about 100 million cases). The consequences of this disease cause problems not to the patients themselves (it negatively affects the quality of their life and also has an economic and social impact), but also their families and other people around them. It is therefore essential, due to the increasing incidence of the development of this disease, to expect the costs of care to be rising constantly in the future (Nikolaj, 2013).

I work as a vocational teacher at the Higher and Secondary Nursing in Třebíč, where I can observe the approach of non-physician medical staff (NPMS) to AD patients. A number problematic areas occur in clinical practice - not only in terms of the care but also the knowledge of the multidisciplinary team taking care of the patients. They do not have enough information that would help them connect with the patients. Since we have been meeting these patients more and more often at hospital departments, I find it very important to educate not only professional caregivers but also families about the specifics of caring for AD patients.

2 Neuropathogenesis

The complete information about the etiology of AD is yet to be discovered. We know of the genetic mutation on the q (long) arm of chromosome 21, which occurs mainly in early onset forms of the disease (which represents, however, only a low percentage of AD cases) This mutation leads to an increased production of beta-amyloid, which builds up pathologically in the brain and breaks nerve connections (which is discovered in about 10% of AD patients). There are also patients without any genetic mutations. Among other possible causes of AD are: metabolic disorders, physical, chemical and biological factors, age, gender, family history, genetic factors, education, strokes and vascular diseases, smoking, alcohol, head injuries, physical and mental activity, depression and other factors and morphological changes leading to the degeneration of brain cells (hypoxia, bleeding, injuries, infections, oncological diseases etc.) (Jiráček, Holmerová & Borzová, 2009).

3 Stages Of Alzheimer's Disease

Alzheimer's diseases typically progresses in three stages. Their length varies; the transition between stages 1 and 2 and between stages 3 and 3 might take several years.

3.1 Stage 1 – Early Form

The symptoms are mild and could be easily overlooked. The first symptoms include: word-finding difficulties, trouble expressing thoughts, challenges in dealing with new situations, problems with new devices and equipment (e.g. computer), decline in short-term memory (the person doesn't remember recent events), confusion with time or place, difficulty making decisions, loss of motivation and initiative, mood and personality changes (apathy, depression, aggression), withdrawal from hobbies, interests and favourite activities.

3.2 Stage 2 – Moderate Form

The symptoms become more prominent and prevent the patient from performing everyday tasks. This stage is one of the longest and most demanding for the caregivers.

The patient needs care 24 hours a day, 365 days a year. At the end of this stage, which can last about 2 - 10 years, the patient needs to be placed in a specialized facility. It is not possible for an individual or a family to take care of the patient.

3.3 Stage 3 – Advanced Form

Patients at this stage require a high level of care, which can be provided by specialized facilities. The duration of this stage can be from one to three years. The patients are completely dependant on their caregivers.

The terminal stage affects the whole personality of the individual. The patients are not able to take care of themselves, they are fully dependant on the people around them (24 hours/day), they are usually bedridden, incontinent, have limited (or no) possibility of verbal communication and suffer from a loss of identity. The caregiving staff should not forget that they are still dealing with a human being, although in the terminal stage of dementia (Holmerová, Jarolímová & Suchá, 2009); (Holmerová, Jarolímová & Nováková, 2004).

4 Diagnosis

Diagnosis is a process which involves both the patient and his caregivers (laymen and professionals).

In order to diagnose dementia, basic as well as special methods are used, aiming to detect the first symptoms early on. General practitioners play the main role in detecting dementia. An early diagnosis enables the implementation of some measures for the future and a meaningful cooperation with the patient. It also slows down the loss of cognitive functions thanks to the use of new drugs which help retain functional abilities necessary for meeting the patient's everyday needs.

Differential diagnosis is part of the diagnostic process. The early symptoms of dementia might be incorrectly attributed to benign forgetfulness, which is not an abnormal condition. It is therefore necessary to distinguish the changes that are a physiological sign of aging from the pathological ones. The diagnostic process is based on: medical history, physical examination, current condition, the actual clinical examination, examination of cognitive functions, evaluation of self-care activities and activities of daily living, evaluation of the patient's behaviour, laboratory examination methods and imaging methods (Koukolík & Jiráček, 2009); (Hoschl, 1999); (Ambler, 2000); (Topinková, 2005).

5 Therapy of Alzheimer's Disease

The therapy of AD has to be complex, i.e. it should be focused on both cognitive deficits and neuropsychological symptoms. It should be noted that it is impossible to cure AD with the current state of knowledge. The treatment is based on the combina-

tion of available therapeutic methods, falling into two categories: biological (pharmacotherapy) and non-biological (sociotherapy, re-education techniques, rehabilitation, psychotherapy). The therapy aims to improve the quality of the patient's life and significantly slow down the disease progress. A number of people are involved in the treatment: GPs, neurologists, psychiatrists, geriatricians, psychologists, NPMS, sociotherapists, ergotherapists, rehabilitation therapists, as well as the families and other caregivers (Franková, Hort & Holmerová, 2011); (Jiráček, Obenberger & Preiss, 2009) (Hoschl, 1999).

5.1 Pharmacotherapy

Pharmacological therapy is a biological method. In terms of its effects, two types of therapy can be distinguished: cognitive pharmacotherapy, which affects mainly cognitive functions (memory, intelligence, thinking, motivation) and non-cognitive pharmacotherapy, which affects the other functions (changes in mood and behaviour, deliria). Among the most common drugs are: cognitive enhancers, acetylcholinesterase inhibitors, Ginkgo biloba extract EGb 761, free radical scavengers, nootropics and related substances. Non-cognitive functions (moods, motor activity, behaviour) are also positively affected by the drug categories stated above. It is also possible to use the effects of other drugs, e.g. anxiolytics, hypnotics, antidepressants - SSRI (citalopram, sertraline, fluvoxamine) and neuroleptics (haloperidol, tiapridal, risperidone and others) (Hoschl, 1999); (Jiráček, Holmerová & Borzová, 2009).

Other types of biological treatment: marginal methods include e.g. transcranial stimulation, hyperbaric oxygen therapy, diet, neurosurgery procedures and a number of drugs, e.g. substances that substitute missing nerve growth factors (selegiline) (www.nemoci.vitalion.cz).

5.2 Non-Pharmacological Therapy

The therapy of AD needs to be complex. It is not only pharmacotherapy, but also non-pharmacological treatment (classed as a non-biological method) that plays an important part in maintaining the patient's quality of life. It includes sociotherapy, re-education techniques, rehabilitation, psychotherapy. The therapy is managed based on the current state of physical and mental health of the patient (the stage of dementia), other age related somatic diseases, and on the remaining skills and abilities of the patient.

Methods that caregivers can use to improve the patient's quality of life include: cognitive training, reminiscence therapy, reality orientation, guidance towards self-sufficiency, programmed activities, individualized activities, lifestyle approach, interaction training using video, simulated presence, validation, pre-therapy, habilitation therapy, stimulation and activation methods, maieutic approach and Namaste programme, palliative care (Holmerová, Jarolímová & Suchá, 2009); (Jiráček, Holmerová & Borzová, 2009).

Non-pharmacological treatment aims to: improve or at least maintain the level of the individual skills and abilities (fine and gross motor skills, walking, self-sufficiency, cognitive functions); choose suitable activation methods, thus enabling the patients to

spend their free time meaningfully; enhance the strengths of the patient (not focus on the weaknesses); use augmentative forms of communication; develop skills in identifying nonverbal signals, and appropriately influence the behavioural and psychological symptoms of dementia (Pevná, 2011); (Koukolík & Jiráček, 1999).

6 Prevention of Alzheimer's Disease

One of the most important factors in preventing AD is active lifestyle. According to American scientists, an active life with a lot of social contact reduces the risk of developing AD. Life without a partner appears to be one of the risk factors, therefore solitary and widowed people might be in a bigger danger.

AD might also be prevented by brain training (reading books and newspapers, watching television, attending the theatre, cinema or sports events) (www.zbynekml-coch.cz).

Diet is another risk factor, namely vitamin B (folic acid, B6 and B12) deficiency. In order to avoid this deficiency, the use of supplements is recommended (vitamins, minerals and trace elements), since not even varied diet ensures a sufficient intake (www.drhorejsova.eu).

7 Specific Care Areas

I have defined these areas as specific using knowledge gained in a qualification course focused on nursing care for patients with dementia, and also using my own experience. These areas include: safe environment, communication with the patient, physical contact, suitable activation, diet and fluid intake.

Other areas deserving attention are e.g. providing support to the caregivers (NPMS, family members), using restrictive measures, recognizing pain in AD patients, changes in behaviour, delusions and hallucinations, delirium and depression, anxiety, sleep disorders, falls. These areas, however, are not dealt with in this paper (Jiráček, Holmerová & Borzová, 2009); (Zgola, 2003).

All the above mentioned areas are interconnected and the caregiving staff should be familiar with the principles of specific care and follow them. The whole multidisciplinary team, including family members, is involved in the nursing process. Care in specialized facilities is provided by qualified staff. Staff in regular medical facilities, however, lacks proper qualification (www.alzheimernf.cz) (Zgola, 2003).

8 Method

The selection of the research method was based on available reference books dealing with the topic of specific nursing care for AD patients. Using information from the literature and my own experience from clinical practice, I selected one of the quantitative research methods and prepared a questionnaire. It contained a total of 27 closed, semi closed and open questions. It was divided into three parts: informative questions, investigative questions and questions focused on knowledge.

In order for the respondents to include them in the research, they had to meet the following criteria: a general bedside nurse, the employee of the hospital in Třebíč (CR) or hospital A. Leňa in Humenné (SK), regardless of age and gender, workplace with a potential presence of AD patients, willingness to participate in the research.

After the questionnaire survey was approved by both healthcare facilities, the questionnaires were distributed to selected departments. Data collection took place from April 2016 to June 2017. A total of 180 questionnaires were distributed in the Czech Republic and Slovakia, with a response rate of 80% (72 questionnaires) in the Czech Republic and 58% (52 questionnaires) in Slovakia.

The aim of the questionnaire survey was to look into the issue of specific nursing care for patients with AD in clinical practice in selected medical facilities (Hendl, 2008).

9 Results

The questionnaire survey has shown that only 8% of respondents in CR and 18% respondents in SK chose cognitive training as the most common way of meeting specific nursing needs of patients with AD. The results indicate insufficient knowledge of the respondents in the area of caring for AD patients. It is clear from the results in both the self-evaluation of the respondents and in the knowledge test.

It has also been discovered that 83% of Czech respondents and 79% of Slovak respondents do not have a standard defining specific nursing care for AD patients at their workplaces, which explains the deficiencies in meeting the specific needs of the patients. The self-evaluation of the respondents confirmed the lack of their knowledge in this area: they would assess their knowledge with an average grade of 3.2 and 2.5 in the CR and SK respectively.

This result is related to the fact that most of the respondents have never completed an educational event focused on this topic. They, however, expressed interest in gaining more information through lectures and brochures. Another area where the respondents have insufficient knowledge is communication with the patient. Only 58% of Czech respondents and 62% of Slovak respondents mentioned verbal and nonverbal communication as suitable methods in the third stage of AD. Nevertheless, 78% of Czech respondents and 71% of Slovak respondents selected the correct method for the evaluation of cognitive functions: the internationally recognized MMSE test.

10 Conclusion

This paper has dealt with the issue of specific nursing care for patients with Alzheimer's disease. It was divided into two parts. The first part described general aspects of AD (its incidence in the Czech Republic and Slovakia, neuropathogenesis, symptoms, stages, diagnosis, pharmacological and non-pharmacological therapy, prevention and specific care areas). The second part presents the results of an original questionnaire survey focused on nursing care for AD patients in practice and nurses' knowledge about this topic.

In conclusion, the results from the questionnaire survey in the CR and SK are very similar (average) both in terms of knowledge and the specific nursing care itself. The barriers that medical staff in both facilities face are a lack of staff, material, technical equipment, unsuitable environment, absence of educational materials and events and a standard defining specific nursing care for patients with AD.

The paper did not aim to search for mistakes but to evaluate the respondents' knowledge and find ways to improve nursing care for AD patients; and to create a proper educational tool that will constantly increase and maintain the knowledge of the respondents.

Suggested solutions

Reflecting the results of the survey, the following suggestions could be proposed in order to improve the clinical practice of nursing care for patients with Alzheimer's disease:

- Ensuring the education of medical staff regardless of their position.
- Ensuring a sufficient number of nursing staff in departments.
- Ensuring enough educational materials (leaflets) in hospitals not only for the staff but also family members and other caregivers.
- Organization of lifelong learning seminars or lectures focused on this issue (regularly).
- Cooperation with experts and organizations dealing with this topic (including senior homes, neurologists, general nurses, geriatricians, advisory centres, info lines etc.).
- Creating a standard defining specific nursing care for patients with AD.
- Ensuring regular supervisions for nursing staff.
- Paying more attention to this topic and include it in school curricula at all levels of education.
- Providing material and technical equipment in all facilities.
- Ensuring a suitable environment for AD patients (within the possibilities of the facilities).

LITERATURE

1. Alzheimer, Europe (2013). The ethical issues linked to the perceptions and portrayal of dementia and people with dementia. Alzheimer Europe.
2. Ambler, Z. (2000). Neurologické poruchy ve vyšším věku. 1. vyd. Praha: Triton.

3. Bělohávková, L. (2013). Znalosti sester v péči o seniory s demencí (Diplomová práce). Brně: Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity.
4. Bragdon, D. A. & Gamon, D. (2002). Nedovolte mozku stárnout. Praha: Portál.
5. Callone, P. R., Kudláček, C., Vasiloff, B. C., Manternach, J. & Brumback, A. R. (2008). Alzheimerova nemoc 300 tipů a rad, jak zvládat lépe. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.
6. Franková, V., Hort, J., Holmerová, I., Jiráček, R. & Vyhnaněk, M. (2011). Alzheimerova demence v praxi. Praha: Mladá fronta a.s.
7. Friedlová, K. (2007). Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.
8. Gauthier, S. & Ballard, C. (2009). Management of Dementia. Second Edition. New York: Lundbeck Institute.
9. Hendl, J. (2008). Kvalitativní výzkum. 2.vyd. Praha: Portál, s.r.o.
10. Holmerová, I. & Mátlová, M. (2013). Dopisy České alzheimerovské společnosti. Praha: Česká alzheimerovská společnost.
11. Holmerová, I., Janečková, H. & Niklová, D. (2014) Na pomoc pečujícím: Příručka pro pečující rodinné příslušníky a další blízké lidi s demencí. Praha: Čals.
12. Holmerová, I., Jarolímová, E. & Nováková, H. (2004). Alzheimerova nemoc v rodině. Praha: Pfizer.
13. Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. et al. (2009). Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Česká alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum.
14. Hoschl, C. (1999). Alzheimerova choroba. Praha: Galén.
15. Ivanová, K. & Juříčková, L. (1999). Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
16. Jarošová, D. (2006). Péče o seniory. První vydání, Ostrava: Repronius.
17. Jiráček, R., Holmerová, I. & Borzová, C. (2009). Demence a jiné poruchy paměti, komunikace a každodenní péče. Praha: Grada Publishing.
18. Jiráček, R. & Koukolík, F. (2009). Demence. Neurologie, klinický obraz, terapie. In: I. Holmerová, E. Jarolímová & J. Suchá (2009). Péče o pacienta s kognitivní poruchou. Praha: Česká alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum.
19. Jiráček, R., Obenberger, J. & Preiss, M. (1998). Alzheimerova choroba. Maxdorf.
20. Koběřská, P. et al. (2004). Společnou cestou: Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí. Praha: Portál.
21. Koukolík, F. & Jiráček, R. (1998). Alzheimerova nemoc a další demence. Praha: Grada Publishing.
22. Koukolík, F. and Jiráček, R. (1999). Diagnostika a léčení syndromu demence. Praha: Grada Publishing.
23. Králová, J. & Rážová, E. (2008). Sociální služby a příspěvek na péči. Ostrava: Printo.
24. Kučerová, H. (2006). Demence v kazuistikách. Praha: Grada.
25. Matoušek, O., Kolářková, J. and Kodymová, P. (2005). Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál.
26. Mejzlíková, H. (2013). Specifika péče o seniory s demencí (Diplomová práce). Brně: Lékařská fakulta Masarykovy Univerzity.
27. Nikolai, T., Vyhnaněk, M., Štěpánková, H. and Horáková, K. (2013). Neuropsychologická diagnostika kognitivního deficitu u Alzheimerovy choroby. Praha: Amos Typografické studio.
28. Pevná, L. (2011). Metody sociální práce a jejich využití u seniorů s Alzheimerovou demencí (Diplomová práce). Zlín: Univerzita Tomáše Bati.
29. Pokorná, A. (2013). Ošetrovatelství v geriatрии, Hodnotící nástroje. Praha: Grada Publishing.
30. Topinková, E. (1999). Jak správně a včas diagnostikovat demenci: Manuál pro klinickou praxi. První vydání. Praha: Vydala UCB Pharma.
31. Topinková, E. (2005). Geriatrie pro praxi. Galén.
32. Vévoda, J. (2013). Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing, a.s.

33. Zgola, J. & Bordillon, G. (2013). *Bon appetit: Radost z jídla v dlouhodobé péči*. Praha: Česká alzheimerská společnost.
34. Zgola, J. M. (2003). *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, a.s.
35. Situace v ČR a ve světě (3 April 2015). Retrieved from <http://alzheimernf.cz/pro-pecujici-a-pacienty/situace-v-cr-a-ve-svete/>.
36. Alzheimerova choroba (5 April 2015). Retrieved from <http://www.cilena-lecba.cz/alzheimerova-choroba4>.
37. Hořejšová, J. (5 April 2015). Lepší prevence než demence. Retrieved from http://drhorejsova.eu//index.php?option=com_content&view=article&id=99:lepi-prevence-ne-demence&catid=34:headliners&lang=cs.
38. Mlčoch, Z. (5 April 2015). Prevence Alzheimerovy choroby, nemoci - aktivní život. Retrieved from <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/clanky-studie/prevence-alzheimerovy-choroby-nemoci-aktivni-zivot>.
39. Vitalion, D. (5 April 2015). Retrieved from <http://nemoci.vitalion.cz/demence/#lecba>.
40. Alzheimerovo onemocnění (6 September 2015). Retrieved from <http://www.alzheimercentrum.cz/alzheimerovo-onemocneni/>.
41. Nový objev může pomoci s diagnostikou Alzheimerovy choroby (6 July 2015). Retrieved from <http://www.fnkv.cz/zprava-novy-objev-muze-pomoci-s-diagnostikou-alzheimerovy-choroby>.

Primer dobre prakse: praktično usposabljanje v Nemčiji

UDK 373.5:61:331.36

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, praktično usposabljanje, dijaki, Nemčija

POVZETEK - Na srednji zdravstveni šoli Celje je usposabljanje z delom sestavni in obvezni del v prenovljenih programih srednjega strokovnega, srednjega poklicnega in srednjega poklicno-tehničnega izobraževanja, ki se izvaja pri delodajalcih. Dijaki imajo se lahko praktično usposabljujejo v 36 zdravstvenih in drugih zdravstveno - socialnih ustanovah v Sloveniji in dveh v Nemčiji. V šolskem letu 2015/16 smo prvič sklenili individualne učne pogodbe z domom upokoencev Hauswittelbach v Bad Aigling v Nemčiji in našim dijakom omogočili praktično usposabljanje tudi v tujini. Tako je v šolskem letu 2015/16 opravljalo praktično usposabljanje z delom (PUD) v tujini 9 dijakov zaključnih letnikov smeri zdravstvena nega. Ker so bili z našimi dijaki zelo zadovoljni in se je zainteresiranost naših dijakov za opravljanje PUD-a v tujini povečala, je v šol. letu 2016/17 opravljalo PUD v Nemčiji že 14 dijakov. V tem šolskem letu pa smo sklenili individualno učno pogodbo še z drugim domom upokoencev v Nemčiji. To je AZURIT Seniorencentrum Haus Cordula I v Rothenbergu. Naši dijaki so zelo zadovoljni z delom v tujini. Zelo pomembno je, da si poleg praktičnih veščin v drugem okolju, pridobijo tudi bogate izkušnje na področju izpopolnjevanja iz tujega jezika, večjo samostojnost in razširitev obzorja. Z opravljanjem praktičnega usposabljanja v tujini pa se jim odprejo tudi možnosti zaposlitve po končanem šolanju.

UDK 373.5:61:331.36

KEY WORDS: practical training, students, Germany

ABSTRACT - At the Secondary School of Nursing Celje, practical training is an integral and compulsory part of the renewed programmes of secondary professional, secondary vocational, and secondary vocational and technical education, which is carried out in cooperation with different employers. Students have the opportunity to choose their practical training at 36 healthcare and other health and social care institutions in Slovenia, and at two institutions in Germany. For the first time, in the school year 2015/16, we have concluded individual study contracts with the Hauswittelbach nursing home in Bad Aigling, Germany, and enabled our students to perform their practice abroad. Thus, in the school year 2015/16, practice abroad was performed by 9 fourth-year students of the nursing care programme. Since the mentioned institution in Germany was satisfied with our students and students' interest in the practical training abroad has increased, in 2016/17, 14 students performed their practical training in Germany. In the current school year, we have concluded an individual learning contract with another nursing home in Germany. This is AZURIT Seniorencentrum Haus Cordula I in Rothenberg. It should be emphasised that our students are also very satisfied with their practical training abroad. It is very important that students, in addition to developing practical skills in a foreign environment, acquire foreign language skills, as well as greater autonomy, and expand their horizons. By performing practical training abroad, they also gain better opportunities for employment after completing their education.

1 Uvod

Za poklicno in strokovno izobraževanje je povezovanje izobraževanja in praktičnega usposabljanja z delom eno izmed pomembnejših področij za uvajanje mladih v delovno okolje, proces dela in kasnejše zaposlovanje. 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). Delodajalci, ki izvajajo PUD imajo velik vpliv na nadaljnji razvoj mladih in njihovo kasnejšo uspešno poklicno kariero. Dijaki na različnih področjih in v različnih situacijah pridobivajo praktične izkušnje ter posledično kompetence, znanja in veščine, ki so potrebne za vstop v svet dela doma in v tujini. Na srednji zdravstveni šoli Celje smo praktično usposabljanje z delom razširili v Nemčijo, kjer dijaki poleg teoretičnega in praktičnega poznavanja stroke, izpolnjujejo svoje znanje tujega jezika ter razvijajo spretnosti in veščine, pomembne za osebnostno rast. Pridobljene izkušnje lahko spretno izkoristijo tudi pri nadaljnjem študiju ali pri iskanju zaposlitve. Pri nas je postala to že utečena praksa. Zaradi velikega pomanjkanja zdravstvenega kadra v Nemčiji in našega kvalitetnega programa izobraževanja, so naši dijaki zelo zaželeni kader. Po zaključenem šolanju so pripravljene na takojšnjo vključitev v delovni proces, zato imajo velike možnosti za zaposlitev. V treh letih sodelovanja sta se v domu Haus Wittelsbach v Bad Aiblingu zaposlila že dva naša dijaka.

2 Praktično usposabljanje z delom

Praktično izobraževanje se v programih srednjega poklicnega in srednjega strokovnega ter poklicno tehniškega izobraževanja izvaja kot praktični pouk (PRA) in praktično usposabljanje z delom (PUD). Praktični pouk se izvaja v šoli pod vodstvom učiteljev praktičnega pouka. Praktično usposabljanje z delom (PUD) pa se izvaja pri delodajalcih pod vodstvom njihovih mentorjev. Obseg praktičnega pouka in praktičnega usposabljanja z delom je določen z izobraževalnim programom.

Za uspešno izvedbo izobraževalnega programa sta zadolžena in odgovorna oba socialna partnerja, šola in delodajalci. Poleg praktičnih znanj in spretnosti dijak pridobi tiste spretnosti, ki jih v šolskih delavnicah ni moč pridobiti, predvsem:

- pridobivanje praktičnih izkušenj ter povezovanje izobraževanja in dela,
- nadgrajevanje v šoli pridobljenih znanj ter prenos teoretičnega znanja v neposredno prakso v delovnem okolju,
- usposabljanje in razvoj specifičnih spretnosti ter kompetenc poklica,
- spoznavanje novih učnih situacij in tehnoloških procesov,
- spoznavanje novih delovnih sredstev, naprav, pripomočkov, materialov idr.,
- učenje sodelovanja in timskega dela ter komunikacije in nastopa pred strankami,
- razvijanje odgovornosti: za lastno delo, za kakovost, potrebno pri poklicnem delu, za upoštevanje predpisov iz varnosti in zdravja pri delu ter varovanja okolja (Justinsek, 2011).

Praktično usposabljanje z delom je potrebno razvijati zaradi dokončne poklicne socializacije dijakov v delovnem okolju in sprejemanje odgovornosti dijakov za kakovost opravljenega dela. Delodajalce je potrebno spodbujati k usposabljanju mentorjev za delo z dijaki (Bela knjiga, 2011). Zelo pomembno je, da pri izvedbi programa šola in delodajalci tesno sodelujejo. Za povezovanje med njima je zadolžen organizator praktičnega izobraževanja na šoli. Organizator praktičnega izobraževanja skrbi za or-

ganizacijo in za vse aktivnosti ter podporo pri izvajanju praktičnega pouka in praktičnega usposabljanja (Justinek, 2011). V pomoč so vodniki za praktično usposabljanje z delom, ki jih je izdal Center za poklicno izobraževanje Republike Slovenije.

3 Začetek sodelovanja

Na Srednji zdravstveni šoli Celje smo v šolskem letu 2015/16 prvič sklenili individualne učne pogodbe za opravljanje PUD-a z domom upokojencev Hauswittelbach v Bad Aiglingu, v Nemčiji na pobudo našega bivšega dijaka g. Michaela Mocnika, ki je tudi direktor doma. Pred sklenitvijo učnih pogodb smo na njegovo povabilo obiskali dom, predstavili učno pogodbo in se pogovorili o možnostih sklenitve le te. Za začetek smo se dogovorili, da bo imelo možnost opravljanja PUD-a pri njih 9 dijakov (2 na mesec) zaključnih letnikov smeri zdravstvena nega. Ker so bili z našimi dijaki zelo zadovoljni in se je zainteresiranost naših dijakov za opravljanje PUD-a v tujini povečala, je v šolskem letu 2016/17 opravljalo PUD v tem domu že 14 dijakov.

V mesecu decembru 2016 smo v okviru PUD-a obiskali dijake v domu Haus Wittelsbach v Bad Aiblingu v Nemčiji. Ugotovili smo, da so naši dijaki, predvsem pa njihovi zaposleni in stanovalci izredno zadovoljni z delom naših dijakov. V sklopu obiska pa smo imeli sestanek še z gospodom Jorgom Wehrle, direktorjem iz Seniorenzentrum Haus Cordula I in II iz Rothenberga, ki je bil prav tako zainteresiran za sodelovanje z nami.

Tako smo v letošnjem šolskem letu 2017/18 poleg doma upokojencev Hauswittelbach v Bad Aiglingu, sklenili individualno učno pogodbo še z AZURIT Seniorenzentrum Haus Cordula I in II v Rothenbergu. V tem šolskem letu bo imelo možnost opravljati PUD v Nemčiji 16 dijakov v domu Hauswittelbach v Bad Aiglingu in 9 dijakov v Seniorenzentrum Haus Cordula I in II v Rothenbergu.

4 Prijava in izbor dijakov

Vsi zainteresirani dijaki četrtil letnikov imajo možnost, da se s pisno prijaviijo za izvajanje Praktičnega usposabljanja z delom v domu v Nemčiji. Edini pogoj je polnoletnost. Dijaki se s prijavo, ki jo oddajo organizatorici praktičnega usposabljanja, z delom predstavijo direktorju doma gospodu Michaelu Mocniku.

Prijava je sestavljena iz uvoda, jedra in zaključka. Uvod prijave vsebuje kratek življenjepis in informacijo o njihovem namenu. V jedru poudarijo svojo ustreznost za opravljanje PUD-a v tujini in na kratko izpostavijo tiste sposobnosti, delovne izkušnje, znanje itd., ki jih najbolj opozarjajo na njihovo ustreznost. Želena je, da predstavijo tudi nivo znanja nemškega jezika, ki so ga že osvojili, saj je to tudi obvezen predmet v šoli. V zaključku poskušajo na nevsiljiv način izraziti svojo pripravljenost za izvajanje praktičnega usposabljanja. Priložiti je potrebno tudi fotografijo.

Po pregledu vseh vlog, gospod Michael Mocnik opravi osebni razgovor na Srednji zdravstveni šoli Celje z vsemi prijavljenimi dijaki. V tem šolskem letu se mu je prid-

ružil še Jörg Wehrle, direktor iz Seniorenzentrum Haus Cordula I in II iz Rothenberga. Gospod Michael Mocnik vedno skuša omogočiti, da čim več dijakov dobi priložnost za opravljanje praktičnega usposabljanja v tujini. Ponavadi se razgovor zaključi v nemškem jeziku, saj dijaki precej dobro govorijo nemško. O mnenju in posebnostih dijakov glede praktičnega dela se informira tudi pri šolskih organizatoricah praktičnega usposabljanja, da ne bi spregledali kakšnega pomembnega podatka, ki bi lahko bil ključen in moteč pri opravljanju praktičnega usposabljanja. Dijake o izboru seznanjajo organizatorice praktičnega usposabljanja z delom.

5 Potovanje in nastanitev dijakov

Pred odhodom na PUD v Nemčijo sklenemo individualno kolektivno učno pogodbo za vsakega dijaka posebej. Dijaki imajo sestanek z organizatorico PUD-a, ki jim da vsa natančna navodila glede potovanja, namestitve, prehrane, številu ur in kontaktne številke. Vsi dijaki imajo s strani delodajalca zagotovljeno brezplačno nastanitev, prehrano, službena oblačila in vozovnice za vlak. Edini strošek, ki ga imajo dijaki, je sklenitev dodatnega zdravstvenega zavarovanja za tujino. Ob prihodu v Bad Aibling in Rothenberg jih namestijo v njihove prostore, ki so namenjeni bivanju zaposlenemu osebju v samih domovih.

Z dijaki po vrnitvi iz PUD-a opravimo analizo, pregledamo ocenjevalni list mentorja ter se pogovorimo o morebitnih težavah, ki so se pojavljale v času opravljanja praktičnega usposabljanja z delom v tujini.

6 Potek praktičnega usposabljanja z delom

Praktično usposabljanje z delom je sestavni in obvezni del v prenovljenih programih srednjega strokovnega, srednjega poklicnega in srednjega poklicno-tehničnega izobraževanja (srednja medicinska sestra/zdravstvenik, kozmetični tehnik in bolničar–negovalec) (Justinek, 2011). V četrtem letniku morajo dijaki opraviti 152 ur, v štirih tednih. Z delom pričenjajo zjutraj ob sedmi uri in se vključujejo v sam potek dela v domu. Sodelujejo z mentorjem in vsemi zaposlenimi. Prav tako morajo napisati dnevnik praktičnega pouka v slovenskem jeziku po predlogi, ki jo najdejo na spletni strani šole (Dnevniki Praktičnega usposabljanja z delom, b. d.). Podatke pa pridobijo iz dokumentacije oskrbovancev, ki je izključno v nemškem jeziku. Po končanem usposabljanju mentor dijake oceni po ocenjevalnem listu, ki smo ga posredovali skupaj z individualno kolektivno učno pogodbo.

7 Zaključek

Na srednji zdravstveni šoli Celje smo zelo zadovoljni s tako uspešnim sodelovanjem z delodajalci v Nemčiji. Zelo smo hvaležni gospodu Michaelu Močniku, da se vsako leto trudi in omogoča našim dijakom opravljanje praktičnega usposabljanje z delom v Nemčiji ter, da nas je povezal še z drugim domom v Nemčiji in s tem dal možnost še več dijakom opravljanja Pud-a v tujini. Zelo veliko nam kot izobraževalni ustanovi, predvsem pa staršem pomeni, da jim omogoča brezplačno usposabljanje. Predvidevamo lahko, da bi se usposabljanja udeležilo zelo malo dijakov, v kolikor bi bilo plačljivo, ker bi to predstavljalo prevelike stroške staršem. Tudi organizatorice praktičnega usposabljanja, ki dijake ves čas spremljamo, smo zelo zadovoljne in ponosne nanje, da nas zastopajo in predstavljajo v tako pozitivni luči tudi preko meja. Za nas je najlepša nagrada, da so dijaki zadovoljni in, da se vračajo polni lepih vtisov in novih znanj iz tujine. Pohvala mentorjev iz tujine, predvsem pa gospoda direktorja nam daje potrditev o našem uspešnem delu z dijaki skozi vsa štiri leta izobraževanja.

LITERATURA

1. Dnevnik Praktičnega usposabljanja z delom. Pridobljeno, s <http://www.szsce.si/izobrazevanje-mladine/prakticno-izobrazevanje/>.
2. Jereb, J. (1998). Teoretične osnove izobraževanja. Kranj: Moderna organizacija.
3. Justinek, A. (2011). MUNUS 2 – Praktično usposabljanje z delom. Vodnik za organizatorje. Ptuj: Šolski center.
4. Krek, J. idr. (2011). Bela knjiga. Pridobljeno, s http://pefprints.pef.uni-lj.si/1196/1/pp_11-62.pdf.

Prehranska priporočila za paciente na hemodializnem zdravljenju

UDK 616.61-78+613.2

KLJUČNE BESEDE: prehrana, hemodializa, pacienti, prehranske navade

POVZETEK - Ustrezna prehranjenost je zelo pomembna pri pacientih, ki se zdravijo s hemodializo, in predstavlja nepogrešljiv del zdravljenja. Veliko vlogo pri izobraževanju o prehranskih priporočilih za te paciente zdravljenju pa imajo izvajalci zdravstvene nege na odsekih za hemodializo. Prehrana naj bi bila ključni del zdravega življenjskega sloga. Največkrat je potrebna pravilna prehrana takrat, ko bolezen ali bolezenski znaki začnejo vplivati na človeka tako, da spremenijo njegovo fizično in psihično počutje, ko se pojavijo bolezenski znaki ali pa se spremembe odražajo v izvidih laboratorijskih preiskav. S prehrano v teh primerih postopoma zmanjšamo ali povečamo vnos hranilnih in drugih snovi, ki jih organizem potrebuje, odvisno od narave bolezni in stopnje okvare. Prehranskih navad, ki si jih je posameznik prisvojil, ni lahko spreminjati. Če želi biti zdravstveno osebje pri tem uspešno, mora dobro poznati teoretične in praktične osnove različnih prehranskih predpisov ter poznati dejstva in okoliščine, ki vplivajo na odnos posameznega pacienta do bolezni.

UDC 616.61-78+613.2

KEY WORDS: diet, haemodialysis, patient, nutritional habits

ABSTRACT - The correct diet and nourishment are of the utmost importance for haemodialysis patients, and recognised as an important part of the treatment. Healthcare providers in the dialysis treatment centres have an important role in education on dietary recommendations for patients on haemodialysis treatment. Nutrition should be the key part of a healthy lifestyle. Most often, a proper diet is needed when a disease or its symptoms begin to affect a person in a way that changes their physical and mental well-being, when the symptoms occur, or if changes are reflected in laboratory examinations. In these cases, we gradually reduce or increase the intake of nutrients and other substances the organism needs, depending on the nature of the disease and the degree of failure. Dietary habits of an individual cannot be easily altered. If the healthcare providers want to be successful, they must have good knowledge of the theoretical and practical bases of various nutritional rules, and of the facts and circumstances that affect the patient's attitude towards the disease.

1 Uvod

Prehrana naj bi bila ključni del zdravega življenjskega sloga. Prehrana dobi dodaten pomen pri preprečevanju in zdravljenju bolezni. Vsakodnevna prehrana mora telesu zagotoviti dovolj energije, mikro in makro hranil. Le tako omogočimo optimalno telesno in umsko sposobnost, lažje se prilagajamo in hitreje najdemo rešitve iz težav (Rotovnik - Kozjek, 2011).

Že dolgo vemo, da obstaja povezava med različnimi boleznimi in načinom prehranjevanja. Bolezni se ne zdravi le z zdravili, temveč nanjo lahko vplivamo tudi z izbrano hrano. Največkrat je potrebna pravilna prehrana takrat, ko bolezen ali bolezenski znaki začnejo vplivati na človeka tako, da spremenijo njegovo fizično in psihično počutje, ko se pojavijo bolezenski znaki ali pa se spremembe odražajo v izvidih laboratorijskih preiskav. S prehrano v teh primerih postopoma zmanjšamo ali povečamo vnos hranilnih in drugih snovi, ki jih organizem potrebuje, odvisno od narave bolezni in stop-

nje okvare. Prehranskih navad, ki si jih je posameznik prisvojil, ni lahko spreminjati. Večje so spremembe, težje jih pacient sprejme, se jim prilagodi, ali jih celo zavrača. Zato je pomembno, da pacientu pri prvem in tudi naslednjem pogovoru predstavimo potrebo po spremembi prehrane tako, da se te potrebe zave in morebitne ugodne in za njegov organizem dobre učinke pravilne prehrane tudi začuti in prepozna ter jih začne sprejemati in upoštevati. Če želi biti zdravstveno osebje pri tem uspešno, mora dobro poznati teoretične in praktične osnove različnih prehranskih predpisov, poznati dejstva in okoliščine, ki vplivajo na odnos posameznega pacienta do bolezni, do telesnih sprememb in sprememb prehranskih navad.

2 Prehranska priporočila za paciente z okvaro ledvic

Pri načrtovanju in svetovanju prehrane za paciente z ledvičnimi obolenji naletimo na številne težave, ki se kažejo že takoj na začetku zdravljenja, pa tudi v kasnejših oblikah hemodializnega ali kakega drugega nadomestnega zdravljenja pacientov z ledvičnimi obolenji. Tako srečujemo paciente, ki prihajajo z različnimi prehranskimi navadami, paciente z različnim ekonomskim položajem, paciente v različnih stadijih odpovedi ledvic in z različnimi dodatnimi obolenji, ki jih spremljajo pri ledvični odpovedi. Poleg tega se moramo zavedati in pri prehranskem svetovanju upoštevati tudi vrsto nadomestnega zdravljenja in morebitno prisotnost sladkorne bolezni ter psihofizične sposobnosti posameznih pacientov.

Med pripravo obrokov za paciente z ledvičnimi obolenji doma moramo biti pazljivi, da vsebujejo dovolj energije in hranil glede na pacientove potrebe. Posvetujmo se tudi s prehranskim svetovalcem. Nekaj zelo uporabnih nasvetov za pripravo pravilne prehrane doma (Lavrinec, 2005):

- na dan zaužijte le toliko živil, kolikor jih potrebujete,
- ne preizkušajte novih živil brez predhodnega posveta s prehranskim svetovalcem,
- ocenjujte količino zaužite hrane,
- redno tehtajte živila in uporabljajte isto posodo za mero,
- pri nakupu živila skrbno preberite prehransko deklaracijo,
- bodite pazljivi pri uporabi nadomestka soli,
- sol naj se uporablja izredno previdno, hrane ne dosoljajte.

V jedilniku, ki ga sestavimo za paciente na hemodializi, moramo upoštevati dodatna priporočila (Sedej idr., 2008):

- količina beljakovin 1,2–1,4 g/kg TT,
- polovica beljakovin mora imeti visoko biološko vrednost,
- količina fosforja 0,8–1,0 g,
- količina kalija 2,0–2,5 g,
- vnos tekočine naj ne presega 1000 ml, k čemur prištejemo še količino izločenega urina na dan.

Pacienti na hemodializi imajo povečan katabolizem proteinov, motnje elektrolitov, kronična vnetja, moteno lipolizo in črevesno motiliteto. Pri teh pacientih je treba pred-

vsem upoštevati vpliv hemodialize na prehranjenost. Med samim postopkom hemodialize se namreč izgublajo aminokisliline, minerali in vitamini. Cilj prehranskih priporočil za pacienta na hemodializi je zagotovitev zadostne količine mikrohranil, energije in proteinov ter preprečevanje katabolizma in izgube proteinov (Antonič, 2013).

3 Prehranska obravnava pacienta na hemodializi

Pri prehranski obravnavi pacienta na hemodializi naletimo na veliko problemov in ne-strinjanj, saj je tu problem prehrane večplastni. Pacienti so večinoma starejši, utrujeni in dostikrat ne razumejo pomena pravilne prehrane oziroma ji ne pripisujejo velikega pomena. Ti pacienti so stalno pod stresom, so neješčji, ne smejo uživati preveč tekočine, velikokrat izgubijo smisel in voljo do življenja in se premalo gibljejo. Vse to po letih hemodialize postopoma privede do zmanjšanja puste telesne mase, izgube mišične mase in do beljakovinsko-energijske podhranjenosti (Knap in Lavrinec, 2012).

Redno spremljanje laboratorijskih preiskav je nujno za določitev pravilne prehrane pacienta na hemodializi. Da bi pacientu določili pravilno prehrano nam pomagajo laboratorijski kazalci (Lipičnik, 2013):

- koncentracija albuminov v serumu,
- količina kreatinina v serumu,
- količina serumskega transferina,
- koncentracija prealbuminov v serumu.

V serumu določimo tudi vrednosti kalija, natrija, fosforja, magnezija, kalcija, sečnine, krvnega sladkorja, železa in maščob ter na podlagi izvidov določimo smernice za pravilno prehrano posameznega pacienta, jo prilagodimo ali izboljšamo.

Pacienti, ki se zdravijo s hemodializo, lahko živijo kvalitetno in dolgo ter srečno življenje. Seveda pa imajo pri tem določene omejitve prehranskih navad. Pri slabšem ledvičnem delovanju in dolgotrajnem hemodializiranju lahko pride do podhranjenosti pacienta. Pacienti na hemodializi so kronični pacienti in so izredno rizična skupina, zato je za njih potrebna prednostna, natančna in redna prehranska obravnava (Lipičnik, 2013).

Proteinsko energijska podhranjenost je stanje z zmanjšano zalogo proteinov in drugih energijskih goriv v telesu. Za kazalce, ki napovedujejo podhranjenost, moramo zbrati čim več podatkov (Dovč - Dimec, 2013):

- ocena apetita,
- rezultati antropometričnih meritev,
- koncentracija plazemskih proteinov,
- biokemični indeksi,
- rezultati bioimpedančne meritve.

Dovč - Dimec (2013) navaja vzroke podhranjenosti:

- Vnos hranil in proteinov. Nezadosten vnos hranil je najpogostejši vzrok podhranjenosti. Že v fazi napredovalnega ledvičnega odpovedovanja pacienti zaradi slabšega apetita spontano zmanjšajo vnos beljakovin.

- Izguba hranil v dializat. Med posamezno hemodializo izgubi pacient 2–3 g peptidov.
- Metabolna acidoza. Pri presnovni acidozi je v skeletnih mišicah povečana razgradnja aminokislin.
- Sekundarni hiperparatiroidizem.
- Psihološki, socialni in ekonomski dejavniki. Pacienti so lahko neješčji zaradi osamljenosti in depresije. Neredko si primerne hrane ne morejo privoščiti zaradi pomanjkanja denarja in revščine. Včasih so telesno oslabei in si sami hrane ne morejo pripraviti.
- Nespecifični vnetni procesi. Ne glede na vzrok, akutno vnetje pospeši nastanek podhranjenosti. Okužbe in sepsa so za srčno-žilnimi zapleti drugi najpogostejši vzrok smrti hemodializnih pacientov.
- Katabolni procesi med hemodializo kot posledica kronične bolezni. Pri pacientih s kronično ledvično boleznijo so že pred začetkom nadomestnega hemodializnega zdravljenja zvišane vrednosti serumskih citokinov in akutnih vnetnih reaktantov, kot sta CRP in fibrinogen.

Pacienti, ki se zdravijo s hemodializo, lahko živijo kvalitetno in dolgo ter srečno življenje. Seveda pa imajo pri tem določene omejitve prehranskih navad. Pri slabšem ledvičnem delovanju in dolgotrajnem hemodializiranju lahko pride do podhranjenosti pacienta. Pacienti na hemodializi so kronični pacienti in so izredno rizična skupina, zato je za njih potrebna prednostna, natančna in redna prehranska obravnava (Lipičnik, 2013).

Pri preprečevanju podhranjenosti pacientov na hemodializi ima veliko vlogo tudi telesna aktivnost, ki mora biti prilagojena pacientovim zmožnostim. S povečano telesno aktivnostjo dosežemo predvsem zmanjšano razgradnjo beljakovin skeletnega mišičja. Z izboljšanim prehranskim statusom pacienta na hemodializi zmanjšamo tudi njihovo smrtnost (Dovč - Dimec, 2013).

4 Metodologija

4.1 Namen in cilji raziskave

Namen preiskave je predstaviti pomembnost pravilne prehrane pacientov z okvarami ledvic. Cilji raziskave pa so ugotoviti, koliko so pacienti z okvarami ledvic poučeni o prehranskih priporočilih za paciente z okvarami ledvic.

4.2 Raziskovalna vprašanja

Postavili smo naslednja raziskovalna vprašanja:

- V kolikšni meri pacienti upoštevajo prehranska priporočila?
- Kateri so razlogi in ovire, da pacienti na hemodializi prehranskih priporočil ne upoštevajo?
- Od koga pacienti v bolnišničnem okolju dobijo največ informacij o svoji bolezni in kdo jim nudi največjo podporo pri tem?

4.3 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno metodo dela in pregledali dostopno literaturo, za potrebe empiričnega dela pa uporabili kvantitativno tehniko zbiranja podatkov z anketnim vprašalnikom.

4.4 Opis instrumenta

Primarni viri so pridobljeni z anonimnim anketnim vprašalnikom. Vprašalnik smo oblikovali na podlagi pregledane literature in raziskovalnih vprašanj. V prvem delu je anketni vprašalnik vseboval demografska vprašanja, v nadaljevanju pa še dve pet stopenjski Likertovi lestvici s skupaj 14 trditvami.

4.5 Opis vzorca

Raziskava je potekala v Splošni bolnišnici Novo mesto, na internem oddelku, na odseku za hemodializo. Uporabili smo namenski vzorec, ki je zajemal pacienta, ki se zdravi ali se je kadarkoli zdravil z nadomestnim zdravljenjem ledvične odpovedi. Pacientom smo zagotovili anonimnost. Razdelili smo 40 anketnih vprašalnikov.

4.6 Opis obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo marca 2017. Podatke smo računalniško obdelali s pomočjo programa Microsoft Excel in smo jih numerično in grafično predstavili v članku. Za izvajanje raziskave smo uporabili anketni vprašalnik. Za izvedbo raziskave smo predhodno pridobili pisno dovoljenje Splošne bolnišnice Novo mesto. Vsi anketiranci so v raziskavi sodelovali prostovoljno. Zagotovljena jim je bila anonimnost. Rezultati raziskave bodo objavljeni v članku.

5 Rezultati in razprava

Pacientom, ki se zdravijo na hemodializi in pacientom s kronično ledvično boleznijo, je prehrana prilagojena glede na posameznikovo zdravstveno stanje. Glede na stopnjo ledvične bolezni in ugotovitve krvnih analiz se svetuje tudi ustrezna prehrana, ki naj bi jo pacient užival. Za vse paciente velja osnovno prehransko priporočilo, to je prehrana z omejitvijo soli, beljakovin in maščob. Ostale omejitve v prehrani uvajamo glede na stopnjo napredovanja ledvične bolezni, t.j. ob povišani serumski koncentraciji kreatina, sečnine, fosfatov ali kalija, ko je že potrebno tudi zdravljenje s hemodializo. Prehrana pacienta na hemodializi je v nasprotju z uravnoteženo zdravo varovalno prehrano, saj vsebuje minimalno količino sadja, zelenjave, vode in polnozrnatih živil, ki so sicer v zdravi prehrani zastopana v veliki količini (Obrovnik, 2010).

Zdravnik, dietetik ali izvajalci zdravstvene nege svetujejo ustrezno prehrano glede na stopnjo ledvične bolezni. Za natančen prehranski načrt je nujno tudi sodelovanje pacienta in njegovih svojcev. Za lažje prilagajanje oz. svetovanje o prehranskih priporočilih za paciente z ledvičnimi obolenji je zaželeno, da pacient vodi prehranski dnevnik o zaužitih hrani in tekočini. Na podlagi običajnega dnevnega prehranskega vzorca je namreč za posameznega pacienta lažje izvesti prehransko svetovanje (Obrovnik, 2010).

Predhemodializno prehransko svetovanje pomeni medsebojno podporo in sodelovanje celotnega zdravstvenega tima, ki vključuje zdravnika nefrologa, izvajalce zdravstvene nege, dietetika in druge. Rezultati ankete kažejo, da je v 20 primerih (74 %) svetovanje izvajala medicinska sestra oziroma izvajalci zdravstvene nege, v 4 primerih (15 %) zdravnik, v 2 primerih (7 %) bolnišnični dietetik in v enem primeru (4 %) drugi.

Obrovnik (2010) navaja, da ima dietetik posebno znanje za predpisovanje ustrezne prehrane in lahko brez pacientovega sodelovanja sestavi idealen jedilnik z ustrezno količino vseh živil, ki jih pacient v trenutnem zdravstvenem stanju potrebuje. Jedilnik, v katerem niso upoštevane pacientove prehranjevalne navade, je že vnaprej obsojen na neuspeh, zato je zelo pomembno sodelovanje med pacientom in prehranskim svetovalcem, saj lahko le tako pacientu zagotovimo ustrezno in tudi zanj sprejemljivo prehrano. Iz teh rezultatov lahko sklepamo, da imajo izvajalci zdravstvene nege dovolj znanja o prehranskih priporočilih za posredovanje informacij pacientom na hemodializi, da so dovolj strokovno usposobljeni, znajo reševati težave, so natančni in motivirani. Izvajalci zdravstvene nege na hemodializi morajo obvladati tudi ročne spretnosti, upoštevati standarde zdravstvene nege, imeti morajo sposobnost opazovanja, dobrega presojanja in potrpljenja, ob tem pa skrbeti za dvosmerno komunikacijo. Da bi izvajalci zdravstvene nege zaznali, če pacient razume posredovane informacije, je potrebno sprotno vrednotenje, preverjanje in dokumentiranje pacientovega znanja (Eberl, Stričević, Ekart in Lorber, 2012).

Vsi pacienti, ki se zdravijo na hemodializnem odseku Splošne bolnišnice Novo mesto, so bili deležni prehranskih svetovanj za pacienta na hemodializi, ali skupinsko ali individualno na oddelku, kjer so prejeli tudi zloženke in brošure o prehranskih priporočilih. V Splošni bolnišnici Novo mesto se izvaja organizirana predhemodializna edukacija od leta 2006. Na edukacijo so povabljeni tudi svoji pacienti, tako imajo veliko priložnosti za vprašanja, komentarje, sugestije in pripombe. Ugotovili smo, da je vseh 27 anketirancev (100 %) omenjena prehranska svetovanja označilo kot primerne oz. strokovne, 22 (81 %) ravno prav obsežna in le 5 (18 %) kot premalo obsežna.

Anketirance smo povprašali o prehranskih priporočilih pacienta na hemodializi. Mnenja so ocenili s petstopenjsko lestvico stališč. »Imam dovolj znanja, da upoštevam prehranska priporočila za paciente na hemodializi«, je ocenilo 22 (82 %) anketirancev, 19 (70 %) jih ocenjuje, da »niso pozabili prehranskih priporočil za paciente na hemodializi«. Pri ocenjevanju trditve, ali pri pripravi hrane upoštevajo prehranska priporočila za paciente na hemodializi, pa so bile ocene veliko bolj razpršene, 14 (52 %) anketirancev se ni opredelilo, 6 (22 %) se jih s trditvijo sploh ne strinja, 4 (15 %) se s trditvijo ne strinjajo, 2 (7 %) anketiranca se s trditvijo strinjata, eden (4 %) pa se s trditvijo popolnoma strinja.

Pacienti na hemodializi na hemodializnem odseku Splošne bolnišnice Novo mesto med prehranskimi svetovanji prejmejo zadostno količino informacij o prehranskih priporočilih za paciente na hemodializi. 17 (63 %) anketirancev se s trditvijo strinja, 9 (33 %) pa se jih s trditvijo popolnoma strinja. Iz ocen pacientov je razvidno, da poteka izobraževanje pacientov na hemodializnem odseku Splošne bolnišnice Novo mesto zelo dobro, saj je del dobro zasnovanega načrta, ki vsebuje jasne cilje, vodijo pa ga

izvajalci zdravstvene nege. Zdravstveno osebe v skrbno načrtovanem, pripravljenem in dobro predstavljenem predhemodializnem izobraževanju prevzame vlogo učitelja, ki posreduje znanje glede na ugotovljene potrebe, svetuje, pomaga pri spoznavanju, sprejemanju in reševanju težav, ki spremljajo pacienta tako doma kot med hemodializo. Pacienti tako dobijo vse primerne odgovore na njim prilagojen in razumljiv način (Eberl, Stričević, Ekart in Lorber, 2012).

Pacienti na hemodializi se morajo zavedati pomena delovanja ledvic in se postopoma navaditi na nov način življenja, ki ga prinaša hemodializno zdravljenje. Čeprav se je sprva težko soočiti z izzivom, kot je hemodializa, pa mora vsak posameznik sčasoma spoznati, da se življenje s tem ni končalo, morda le malo upočasnilo in spremenilo. Spozna tudi, da lahko kljub morebitnim omejitvam, ki jih prinaša hemodializa, živi polno, saj je znanje o hemodializi, ledvičnih boleznih in njihovem zdravljenju vse večje. Pacientom priporočamo tudi vključevanje v društva ledvičnih bolnikov, kjer veliko pozornosti namenjajo izobraževalnim programom, saj zdravljenje ledvične bolezni zahteva poučenega in ozaveščenega pacienta, ki pozna zahteve svoje bolezni, potrebno prehrano, režime jemanja zdravil, je telesno in duševno pripravljen in podobno (Lorenčič, 2010).

6 Sklep

Kronična ledvična bolezen, peritonealna dializa in hemodializno zdravljenje so dolgotrajne in stalne spremljevalke pacienta. Prizadenejo um in telo, spremenijo potek pacientovega vsakodnevnega življenja, njegove cilje, želje, vrednote, posledice pa močno vplivajo tudi na druga področja njegovega življenja. Pojavljajo se lahko številni obrambni mehanizmi, kot so zanikanje, zmanjševanje pomena, nejevernost in vprašanje, zakaj ravno jaz. Veliko ljudi se mora zaradi hemodialize odpovedati stvarem, ki jim v vsakdanjem življenju veliko pomenijo, stvarem, ki jih radi počnejo. Če se človek ne zmore prilagoditi novim okoliščinam, lahko sčasoma postane otopel, pasiven, nezainteresiran, depresiven in posledično samomorilen.

Za človeka je običajno novica o bolezni šok, še posebej, če bolezni ne pozna, ne ve, kakšen je njen potek in kakšna je prognoza zdravljenja. Na novico o bolezni se ljudje odzivamo različno. Nekdo lahko novico popolnoma mirno prenese, za drugega se podre svet, večini pa je skupno, da doživljajo občutke negotovosti in s strahom zrejo v prihodnost. Pogovori s podobnimi drugimi omilijo negotovost, strah, nemoč. Skupina lahko da posamezniku občutek, da so vsi v istem čolnu, imajo enake zdravstvene probleme. Posameznik lahko ugotovi, da ni sam, s čimer si zmanjša občutke stigmatizacije in prikrajšanosti.

Pravilna prehrana, spremembe na telesnem in psihičnem področju, dolgotrajno zdravljenje, čas, ki ga pacient preživi na hemodializi in številne druge spremembe pacienta stalno opominjajo na drugačnost, ki jo je povzročila bolezen. Bolezen, odvisnost od zdravljenja in številne druge situacije, ki jih pacient ne more spremeniti ali vplivati nanje, lahko povzročijo občutke nemoči, brezizhodnost. Z vsem tem se marsi-

kateri pacient na hemodializi zelo težko sooča in potrebuje pomoč, tako zdravstvenega osebja, kot tudi svojcev in prijateljev.

Hemodializa je za zdravega posameznika tujka, velika uganka, za marsikaterega pacienta z okvaro ledvic pa edini postopek zdravljenja, ki mu omogoča dostojno življenje in preživetje. Hemodializa s seboj prinese veliko negativnih posledic, ki so za pacienta huda izkušnja in velika obremenitev, ki ga postavlja pred ogromno preizkušnjo. Če se pacient s tem ne more sprijazniti, mu to zelo otežuje ali onemogoča nadaljnje delo in mu lahko vzame voljo do življenja. Tudi svojci imajo pri zdravljenju pacienta na hemodializi veliko vlogo. Stati mu morajo ob strani, ga bodriti, spodbujati, mu vlivati upanje, pomagati pri doseganju dobre telesne kondicije in pravilnem prehranjevanju. Vsi ljudje imamo potrebe in čeprav se med seboj razlikujejo, so nekatere skupne prav vsem. Prioritete so različne, a v splošnem bi lahko rekli, da brez njih ne moremo živeti in so pomembne za naš obstanek, smisel, kakovost in izpopolnjevanje našega življenja. Postopek hemodializnega zdravljenja se skozi leta stalno izboljšuje, vendar je še vedno zelo pomembno in potrebno, da je pacient med hemodializo upoštevan kot celota v vsem svojem življenjskem kontekstu, ne le na podlagi bolezni, ki jo preboleva. Poleg telesnih bolezni in okvar se pri pacientu na hemodializi lahko pojavijo težave tudi na drugih življenjskih področjih, ki jih moramo zdravstveni delavci pravočasno zaznati. Za zdravo življenje je potrebno, da ima pacient zadovoljene tako materialne kot nematerialne potrebe, to vse pa mu po svojih najboljših močeh poskušamo izvajalci zdravstvene nege tudi zagotoviti.

LITERATURA

1. Antonič, M. (2013). Enteralna in parenteralna prehrana dializnih bolnikov. V M. Rep in B. Rabuza (ur.), *Prehransko rizični pacienti na dializi. Kronična ledvična bolezen in anemija* (str. 43–47). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v sterilizaciji.
2. Dovč - Dimec, R. (2013). Smernice pri prehrani dializnega bolnika. V M. Rep in B. Rabuza (ur.), *Prehransko rizični pacienti na dializi. Kronična ledvična bolezen in anemija* (str. 7–12). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v sterilizaciji.
3. Eberl, S., Stričević, J. Ekart, R. in Lorber, M. (2012). Vloga medicinske sestre pri preprečevanju napredovanja kronične ledvične bolezni pri otroku in mladostniku. V K. Babnik in M. Kocbek (ur.), *Raziskovanje študentov zdravstvenih ved in evropsko leto aktivnega staranja ter medgeneracijske solidarnosti* (str. 111–116). Koper: Založba Univerze na Primorskem.
4. Knap, B. in Lavrinec, J. (2012). *Prehrana pri kronični ledvični bolezni*. Ljubljana: Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije.
5. Lavrinec, J. (2005). *Načrtovanje prehrane za ledvične paciente*. Ljubljana: Zveza društev ledvičnih pacientov Slovenije.
6. Lipičnik, S. (2013) Metode za ugotavljanje prehranjenosti dializnih pacientov. V M. Rep in B. Rabuza (ur.), *Prehransko rizični pacienti na dializi. Kronična ledvična bolezen in anemija* (str. 13–22). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v sterilizaciji.

7. Lorenčič, M. (2010). Zaposlitev in bolnik. V J. Lindič in D. Kovač (ur.), *Za dobro ledvic. Izobraževalni program o ledvični bolezni* (str. 1–4). Ljubljana: Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije, Slovensko zdravniško društvo - Slovensko nefrološko društvo.
8. Obrovnik, M. (2010). Prehrana bolnika s kronično ledvično boleznijo. V J. Lindič in D. Kovač (ur.), *Za dobro ledvic. Izobraževalni program o ledvični bolezni* (str. 1–10). Ljubljana: Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije, Slovensko zdravniško društvo - Slovensko nefrološko društvo.
9. Rotovnik - Kozjek, N. (2011). Zdrav manager-uspešno vodenje. V C. Dragaš - Jančar in B. Jančar (ur.), *Preventiva kot pot k blaginji*. (str. 241–259). Ljubljana: GV založba.
10. Sedej, I., Hren, I., Koroušič - Seljak, B. in Mlakar - Mastnak, D. (ur.), (2008). *Praktikum jedilnikov zdravega prehranjevanja bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Kako ogroženi so naši zdravstveni podatki in kako izboljšati njihovo varnost

UDK 614.2:004.6.056

KLJUČNE BESEDE: bolniki, zdravstveni podatki, informacijska varnost, varnostni incidenti, kultura informacijske varnosti

POVZETEK - Trendi prenove poslovanja v elektronsko poslovanje potekajo tudi na področju zdravstva. V zadnjih dveh letih sta bili razviti storitvi eRecept in eNapotnica, ki omogočata izmenjavo podatkov med izvajalci zdravstvenih storitev. Tudi večje bolnišnice so že prenovile svoje informacijske sisteme, ponudile storitve na spletu, del poslovnih procesov je možno izvajati preko mobilnih naprav, npr. ob bolniški postelji. Vsakodnevno poročanje o varnostnih incidentih, npr. vdorih v informacijske sisteme, kraji osebnih podatkov, prevarah na spletu in v zadnjem času kriptovirusih, pokaže, da navedene novosti na področju zdravstva ne prinašajo le koristi, ampak močno povečujejo varnostno tveganje. V prihodnosti pričakujemo, da bodo hekerji lahko resno ogrozili zdravje ali celo življenje bolnikov, če bodo varnostni vidiki pomanjkljivo naslovljeni. Višje zavedanje in podpora menedžerjev zdravstvenih inštitucij s področja informacijske varnosti, ustrezna vlaganja in prizadevanja za gojenje dobre varnostne kulture bodo zato nujni za zagotavljanje ustrezne ravni informacijske varnosti tudi v prihodnosti. Ključni dejavnik uspeha je tudi učinkovito upravljanje varnostnih postopkov in osredotočanje na človeške dejavnike informacijske varnosti, predvsem pa redno ozaveščanje in usposabljanje vsakega zdravstvenega delavca za varno ravnanje z informacijskimi sredstvi.

UDK 614.2:004.6.056

KEY WORDS: health data, security incident, information security, information security culture

ABSTRACT - Trends of transforming business into e-business are also present in the field of health care. In the last two years, services eRecept and eNapotnica have been developed to facilitate the exchange of data between healthcare providers. Larger hospitals have already renewed their IT systems, offered online web services for patients and mobile services for employees, e.g. viewing and updating patient data next to the patient's bed. Daily reports of security incidents, for example, intrusion into information systems, stealing personal data, web scams, and lately cryptoviruses, show us that renovations of health information systems not only benefit, but greatly increase the security risk. Hackers may seriously endanger health and even life of the patient in the future, if the information security aspects are inadequately addressed. Increasing awareness and support of the managers of healthcare institutions and their efforts to implement good information security culture is essential to ensure the appropriate level of information security in the future. Key success factors are also the effective management of security procedures and the focus on human aspects. Awareness raising lessons and trainings on security issues should be regularly provided to all healthcare professionals.

1 Uvod

V današnjem povezanem svetu je obvladovanje informacijske varnosti nujno za dolgoročno uspešnost vsake organizacije. Področje varovanja različnih informacijskih sredstev je zaradi občutljivosti podatkov, ki ji ta vsebujejo, za zdravstvene inštitucije še posebej pomembno. Vsakodnevno smo priča poročanju o varnostnih incidentih, katerih tarče so najrazličnejša podjetja in organizacije, tudi bolnišnice in druge zdravstvene inštitucije, česar posledice so bile do sedaj večinoma materialne narave ali škodovanje ugledu. Na področju zdravja pa zloraba določenih zdravstvenih podatkov

lahko ogrozi zdravje in celo življenje, lahko pomeni tudi stigmatiziranje posameznikov (npr. psihiatrične bolezni, AIDS). V okviru prispevka bomo tako skušali odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšni varnostni incidenti so v preteklosti že ogrozili zdravstvene podatke?
- Kako se je spreminjalo področje informacijske varnosti in kateri dejavniki bodo v prihodnje najpomembnejši glede na rabo sodobnejših informacijskih tehnologij in storitev?
- Ali se zdravstveni delavci zavedajo svoje odgovornosti za varovanje zdravstvenih podatkov in ali imajo za to ustrezna znanja?
- Kaj morajo storiti managerji zdravstvenih inštitucij, da bodo zdravstveni podatki čim bolj varni tudi v prihodnje?

Informacijska tehnologija (IT) in načini njene uporabe se hitro spreminjajo, z novostmi pa prihajajo vedno nove grožnje in ranljivosti. V prispevku predstavimo nekaj varnostnih incidentov s področja zdravstva v tujini in pri nas ter skozi pregled razvoja informacijske varnosti predstavimo, zakaj že danes le tehnična zaščita ni dovolj in katere aktivnosti bodo v prihodnosti ključne za zagotavljanje informacijske varnosti.

2 Varnostni incidenti in varnostna tveganja v zdravstvu

2.1 Največji tuji varnostni incidenti

Za največji varnostni incident s področja zdravstva velja kraja podatkovne baze zdravstvene zavarovalnice Anthem, ki se je zgodila leta 2015. Hekerji so ji ukradli podatke 78,8 milijona preteklih in sedanjih strank in zaposlenih. V istem letu se je zgodil tudi napad na zavarovalnico Premiera Blue Cross. Podatki vključujejo imena članov in druge osebne podatke, informacije o bančnem računu, podatke o zahtevkih in klinične podatke. Zaščitene zdravstvene informacije skoraj 4,5 milijona ljudi so bile ogrožene tudi pri napadu na zdravstveno inštitucijo UCLA Health v Kaliforniji. Da so bili napadeni, so odkrili maja 2015, preiskava pa je pokazala, da so imeli hekerji dostop do njihovega informacijskega sistema že od septembra 2014. Tarča napada je bilo tudi softversko podjetje Medical Informatics Engineering, katerega aplikacije uporablja več kot 300 zdravstvenih centrov (<http://www.beckershospitalreview.com/healthcare-information-technology/5-biggest-healthcare-data-breaches-of-2015.html>). V preteklem in tudi v tem letu je več zdravstvenih inštitucij poročalo o napadu s kriptovirusom (npr. ransomware, WannaCry), ki je onemogočil branje podatkov (<http://www.beckershospitalreview.com/healthcare-information-technology/16-latest-healthcare-databreaches-security-incidents.html>). Po poročilu organizacije Bitglass je bil porast varnostnih incidentov ogromen (iz 1,7 milijona v 2014 na 111 milijonov oseb v 2015) (https://pages.bitglass.com/BR-Healthcare-Breach-Report-2016_PDF.html). V obsežnem napadu s kriptovirusom aprila letos so bile prizadete tudi bolnišnice v Angliji, zaradi česar so bile prisiljene zavračati bolnike in preklicati naročene preglede. Napad je prizadel sisteme za rentgensko slikanje, rezultate patoloških testov, telefonske sisteme in sisteme osebnih podatkov bolnikov in podatkov o njihovih stikih v bolnišnici

(<http://www.rtv slo.si/svet/z-izsiljevalskimi-virusi-napadli-v-74-drzavah-nasteli-45-000-na-padov/422166>).

2.2 Varnostni incidenti v zdravstvu pri nas

Nacionalni odzivni center SI-CERT vsako leto obravnava več varnostnih incidentov. Porast iz leta 2013 na leto 2014 je bil tako 36 %. V zadnjem letu so obravnavali 2300 primerov, kar je predstavljalo 20 % porast glede na leto 2015. V letu 2016 je bil velik porast okužb s kriptovirusi, kar se nadaljuje tudi v tekočem letu. S kriptovirusom, ki je v aprilu letos ustavil Novomeški Revoz, so bili med drugim okuženi tudi računalniki nekaterih naših zdravstvenih domov in lekarn (<https://www.varninainternetu.si/2016/kaj-nam-je-povzrocilo-tezave-na-spletu-v-letu-2016/>).

Naš zdravstveni sistem se v zadnjih letih s projekti e-Zdravja posodablja, kar za nas paciente po eni strani prinaša določene koristi, žal pa se s tem povečujejo varnostna tveganja, ki se jih pacienti bolj malo zavedajo. Uvedba e-Recepta pomeni prenos zdravstvenih podatkov med osebnim zdravnikom in lekarno preko interneta ter s tem povečuje število točk, kjer so podatki lahko zlorabljeni. Nedavna uvedba e-Napotnice, ki vsebuje tudi naše diagnoze in ne le osebnih podatkov, in kjer se podatki prenašajo med več izvajalci zdravstvenih storitev predstavlja še večje varnostno tveganje. Na srečo e-Napotnice ni možno izdati za napotitev na določene storitve, ki bi lahko pomenile stigmatiziranje pacienta (npr. za področje psihologije in psihiatrije).

Pri nas nad varnostjo zdravstvenih podatkov bedi informacijski pooblaščenec, ki opozarja, da zdravstveni podatki spadajo med občutljive osebne podatke, saj lahko njihova zloraba privede do resnih posledic za posameznika. V okviru vsakoletnih inšpekcijskih nadzorov je tudi v letu 2016 informacijski pooblaščenec opravil več nadzorov. Predmet nadzora je bil sistem e-Zdravje in informacijski sistem Univerzitetni klinični center (UKC) Ljubljana, za katerega je prejel anonimno prijavo odkrite ranljivosti. Spletna stran www.napotnica.kclj.si je namreč omogočala nezaščiten dostop do večjega števila zdravstvene in druge dokumentacije, med drugim tudi do napotnic in osebnih podatkov večjega števila zaposlenih. Spletni strežnik naše največje bolnišnice sploh ni uporabljal zaščitene povezave (HTTPS). Po opozorilu informacijskega pooblaščenca so ranljivost odpravili (<http://www.24ur.com/novice/slovenija/informacijski-sistem-sibka-tocka-nase-najvecje-bolnisnice-napotnice-in-podatki-opacientih-bili-nezavarovani.html>). Vprašanje je tudi, če je ranljivost že prej odkril še kdo drug, in ali je pri tem prekopiral podatke izven UKC. Informacijski pooblaščenec ugotavlja, da se je stanje informacijske varnosti glede na pretekla leta sicer popravilo, še vedno pa opaza določene kršitve. Med njimi so pošiljanje zdravstvenih podatkov po nezavarovanih povezavah, posojanje avtentikacijskih sredstev za dostop do podatkov, prehajanje in prodajanje podatkov iz zdravstvenih ustanov za namene neposrednega trženja ter vpogledi v zdravstvene podatke iz radovednosti (<https://www.rtv slo.si/slovenija/informacijski-pooblastenec-opozarja-na-zlorabe-osebni-podatkov-v-zdravstvu/403180>). Naštete kršitve predstavljajo človeški dejavnik informacijske varnosti, ki ga s tehničnimi sredstvi ni mogoče preprečiti. Vsaka organizacija mora zato poskrbeti za vzpostavitev dobre informacijske varnostne kulture.

2.3 Varnostna tveganja pri rabi sodobnih tehnologij in storitev

Poleg novih e-storitev pa varnostna tveganja predstavlja tudi raba novih, manj zrelih tehnologij, npr. mobilnih naprav. Mobilne naprave, službene in lastne, se že uporabljajo tudi za dostop do zdravstvene dokumentacije pacientov, kar prinaša številna nova tveganja, še posebej, če te naprave niso zaščitne zaradi neznanja uporabnikov. Zdravstvene inštitucije morajo zato poskrbeti za pripravo varnostnih politik, tudi za rabo zasebnih mobilnih naprav, ozaveščanje in izobraževanje svojih uporabnikov (Rožanec in Lahajnar, 2016).

Na področje zdravstva vse bolj vstopajo tudi naprave interneta stvari (IoT). Naprave, ki omogočajo merjenje krvnega sladkorja, pritiska in drugih parametrov ter njihovo pošiljanje aplikacijam, bodo v prihodnosti zelo olajšale obvladovanje različnih kroničnih bolezni in pospešile razvoj področja telemedicine.

Prav tako bodo zbiranje in pošiljanje različnih podatkov omogočale različne splošne naprave (senzorji temperature, vlage, zasedenosti postelj, stanje medicinskih naprav) in medicinske naprave (spremljanje pacientovega stanja od kjerkoli), ki bodo izboljšale informiranost zdravstvenega osebja v bolnišnicah in zato bolj kakovostne storitve ob nižjih stroških. Seveda pa bo morala biti infrastruktura IoT ustrezno zasnovana, da ne bo prihajajo do zlorab podatkov, ki se bodo izmenjevali in shranjevali na različnih mestih (<https://www.ibm.com/blogs/internet-of-things/6-benefits-of-iot-for-healthcare/>).

3 Principi informacijske varnosti

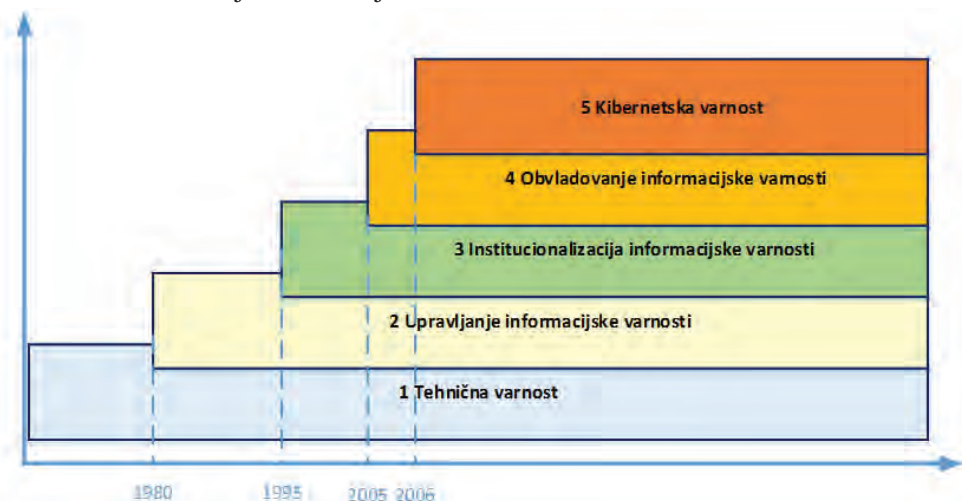
3.1 Poudarki informacijske varnosti po posameznih fazah njenega razvoja

Z razvojem informacijske tehnologije se je razvijalo tudi področje informacijske varnosti, ki je kot opisuje Von Solms (2006, 2010), šla skozi pet faz, ki jih prikazuje shema 1.

Prvo fazo tako predstavlja tehnična varnost (liste dostopnih pravic, uporabniška imena in gesla), s katero so se ukvarjali izključno IT strokovnjaki in, ki je bila zadostna v času superračunalnikov. S prihodom osebnih računalnikov in kasneje interneta v devetdesetih letih, so se pojavila nova tveganja, z varnostjo pa se je začelo ukvarjati tudi vodstvo.

V podjetjih so pričeli pripravljati varnostne politike in postopke. Nekateri so se že takrat začeli zavedati pomena upravljanja tudi človeških vidikov informacijske varnosti. Vzporedno s prvima dvema fazama in povečanjem pomena standardov na različnih področjih, se je začela faza institucionalizacije: pojav standarda BS 7799 v letu 1995 za upravljanje informacijske varnosti (danes ISO 27000), certificiranje podjetij, merjenje uspešnosti varnostnih ukrepov ter gojenje informacijske varnostne kulture.

Shema 1: Faze razvoja informacijske varnosti



Vir: Povzeto po Von Solms, B. (2006). Information Security - The Fourth Wave? Computers and Security, 25, št. 3, str. 165–168.

Četrta faza (Von Solms, 2006) je tesno povezana z razvojem področja obvladovanja organizacij, katerih poslovanje je postalo močno odvisno od informacijskih tehnologij. Obvladovanje informacijske varnosti je postalo integralen del obvladovanja organizacije. Odgovornost zanjo prevzema vodstvo, ki mora zagotoviti zaupnost, integriteto in dostopnost vseh elektronskih sredstev organizacije. Potrebna je zavezanost najvišjega vodstva informacijski varnosti, zavedanje tveganj, ustrezne strukture za zagotavljanje varnosti, politike, postopki tehnologije in drugi mehanizmi, ki zagotavljajo skladnost z zakonodajnimi zahtevami in različnimi standardi. Pomembni so programi ozaveščanja vseh uporabnikov informacijskih sredstev o varnem ravnanju z njimi. Peto fazo Von Soms (2010) imenuje fazo kibernetске varnosti, ki je nastala kot odziv na vse večje število kibernetских napadov v zadnjem desetletju. V tej fazi so za zagotavljanje ustrezne varnosti potrebni dodatni tehnični ukrepi največji poudarek pa mora biti na človeških dejavnikih.

Navedenih pet faz v razvoju informacijske varnosti (Shema 1) ne smemo razumeti kot začete in zaključene v določenem času, ampak je potrebno njihovo vzporedno izvajanje z novimi poudarki, ki jih prinašajo nove tehnologije in z njimi povezana tveganja ter nove taktike hekerskih napadov. Tako so seveda tudi danes še pomembni tehnični ukrepi (seveda niso zadostni), ki pa morajo biti bistveno drugačni kot so se na primer uporabljali pred vključevanjem sredstev v internet.

3.2 Informacijska varnost so tudi postopki in ljudje

Doseganje ustrezne ravni informacijske varnosti je danes mogoče doseči le z usklajenim vlaganjem v tri področja: tehnologijo, postopke in ljudi (Egan in Mather, 2005). Kot ugotavljajo raziskave, so varnostne tehnologije v organizacijah večinoma ustrezne, vendar se nanje preveč zanašajo. Sama varnostna tehnologija namreč ne more

več zagotoviti dovolj visoke stopnje varnosti. Vzrok večine novejših varnostnih incidentov je bodisi neustrezen varnostni postopek (npr. preobsežna pooblastila določenih uporabnikov) ali nevednost uporabnikov (npr. okužbe z zlonamerno kodo preko e-pošte).

Pomen urejenosti varnostnih postopkov na področju zdravstva v Sloveniji je bil prepoznan s strani pristojnega ministrstva, saj so kot pogoj za vključitev v zdravstveno omrežje zNet (storitve e-Zdravja), od akterjev zahtevali pripravo celovite varnostne politike standardiziranega varovanja informacij, za kar so pripravili vzorčne predloge. Pri tem je potrebno opozoriti, da same politike niso dovolj, ampak morajo inštitucije poskrbeti za seznanitev vseh uporabnikov z njimi (npr. preko izobraževanj ali e-izobraževanj), zagotavljanje njihovega spoštovanja preko ustreznih kontrol, posodabljanje politik glede na novo nastala tveganja, torej celovit sistem upravljanja varovanja informacij tudi v prihodnje, kot to priporoča standard ISO 27001.

Začetek zavedanja o pomenu upravljanja človeških vidikov informacijske varnosti sega v drugo fazo razvoja informacijske varnosti (Von Solms, 2000), z vsako razvojno fazo pa področje postaja pomembnejše. Nove informacijske tehnologije, npr. mobilne in IoT, in nove vrste groženj namreč od uporabnikov iz dneva v dan zahtevajo večjo odgovornost, samostojnost in znanja za varovanje informacijskih sredstev. Mitnic in Simon (2002) ugotavljata, da so uporabniki s pomanjkljivimi znanji največja ranljivost organizacije, Rančigaj in Lobnikar (2012) pa, da so najšibkejši člen v organizaciji uporabniki z nizko stopnjo varnostne ozaveščenosti. Tuje (Gebrasilase in Lessa, 2011; McNeil idr., 2005; Whipple idr., 2012) in domače (Mikuletič idr., 2015; Rožanec in Lahajnar, 2016) raziskave pa žal ugotavljajo, da je zavedanje o pomenu informacijske varnosti med zdravstvenimi delavci in študenti nizko ter, da jim primanjkuje znanj s področja informatike in informacijske varnosti. Talib idr. (2010) tudi ugotavljajo, da se zaposleni informacijske varnosti učijo šele v organizacijah in, da je zelo zmotno prepričanje, da ta znanja pridobijo med izobraževanjem.

Poleg znanj pa je zaposlenim potrebno dvigniti zavedanje o pomembnosti varnega ravnanja z informacijskimi sredstvi in s podatki pacientov. Dhillon poroča (v: Gebrasilase, 2011), da je dvig ozaveščenosti stroškovno najučinkovitejša varnostna kontrola, ki jo organizacija lahko uvede. Zaposlene je potrebno seznaniti tudi s konkretnimi sankcijami v primeru kršenja varnostnih politik, da ne bodo namenoma zaobšli varnostnih postopkov, tudi če bodo znanja za varno ravnanje imeli. Raziskave kažejo, da se je ozaveščenost v zadnjih letih sicer dvignila, vendar pa so drugi dejavniki varnostne kulture uporabnikov takšni, da varnostne politike vseeno kršijo. Iskanje načinov za premostitev tega prepada zato ostaja eno od pomembnih raziskovalnih vprašanj (Workman idr., 2008, v Rančigaj in Lobnikar, 2012). Podoben pojav je seveda zaznati tudi na drugih področjih, npr. v prometu, kjer skušamo kontrole in sankcije zanje zaobiti, namesto, da bi se jih držali. Tako vsi opozarjamo druge udeležence na meritve hitrosti, le redki pa omejitve hitrosti spoštujejo.

V prihodnosti tako ostaja velik izziv organizacij izboljšanje odnosa, vrednot in prepričanj uporabnikov. Govorimo torej o gojenju dobre informacijske varnostne kulture, ki pa zahteva čas in sistematično ukvarjanje z uporabniki informacijskih sredstev, da

bodo spoštovanje varnostnih postopkov sprejeli kot del svojih vrednot in prepričanj ter vsakodnevnih dejanj. Vodstvom zdravstvenih inštitucij tako predlagamo, da organizirajo stalna praktična usposabljanja, kjer bodo njihovi zaposleni pridobili naj-novejša znanja s tega področja. Vodstvu zdravstvenih fakultet pa, da v učnih načrtih povečajo čas, namenjen izobraževanju s področja informacijske varnosti.

3.3 Standardi za upravljanje informacijske varnosti

Začetki standardizacije informacijske varnosti sodijo v leto 1995, ko je bila informacijska varnost v tretji razvojni fazi. Prvi standard s tega področja je bil BS 7799, kateri je preko več razvojnih faz prešel v enega od standardov družine ISO 27000. Standard ISO/IEC 27001 pravi, da mora organizacija vzpostaviti, voditi delovanje, pregledovati in izboljševati sistem upravljanja informacijske varnosti (SUIV) ter ga prilagajati poslovnim dejavnostim in tveganjem, s katerimi se sooča (ISO/IEC 27001:2013). Podrobnejše nasvete in najboljše prakse za izvedbo posameznih aktivnosti pa najdemo v standardu ISO/IEC 27002 (ISO/IEC 27002:2013). Ker se na področju zdravstva obdelujejo še posebej občutljivi podatki, katerih neustrezno varovanje lahko poleg ugleda organizacije ogrozi tudi zdravje in življenje ljudi, so bile za to področje razvite specifične kontrole v obliki standarda ISO 27799 (ISO 27799:2016), ki nadomeščajo oziroma dopolnjujejo splošne kontrole iz ISO 27002 in se uporabijo v povezavi z ISO 27001.

Ker ugotavljamo, da zdravstvene inštitucije pri nas na tem področju zaostajajo, zato svetujemo, da začnejo področju posvečati več pozornosti ter svoje IT procese uredijo skladno s priporočili ISO standardov družine 27000 in 27799. Slednji podaja tudi seznam tveganj, katerim so zdravstveni podatki izpostavljeni, in tako podaja dobro podlago za izvedbo analize tveganj posamezne zdravstvene inštitucije. Hkrati želimo tudi opozoriti, da uvajanje standarda informacijske varnosti pomeni za organizacijo veliko spremembo, ki mora biti načrtovana premišljeno, izvedena po majhnih korakih, saj lahko pričakujemo vse težave, do katerih prihaja v primeru drugih organizacijskih sprememb. Usmeritve in pomoč zdravstvenim inštitucijam bi morale biti zato zagotovljene na ravni države, npr. s strani pristojnega ministrstva.

4 Razprava in zaključek

Skozi prispevek smo odgovorili na štiri raziskovalna vprašanja glede sedanje in prihodnje ogroženosti zdravstvenih podatkov ter podali nekaj priporočil managerjem zdravstvenih inštitucij za boljše obvladovanje informacijske varnosti.

O največjih varnostnih incidentih poročajo iz ZDA, kjer so bile napadene velike zdravstvene zavarovalnice (Anthem, Premera Blue Cross) z več milijoni strank. V manjših incidentih pa so bile napadene tudi zdravstvene inštitucije in IT ponudniki zdravstvenih informacijskih rešitev. Pri nas nad varnostjo zdravstvenih podatkov bedi informacijski pooblaščenec, ki ugotavlja, da se varnostne prakse sicer izboljšujejo, vendar je prostora za izboljšave še veliko. Poleg tehničnih ranljivosti ugotavlja, da se uporabniki vedejo premalo varno (npr. pošiljanje zdravstvenih podatkov po nezavarovanih

povezavah, posojanje avtentikacijskih sredstev), kar bo ob povečevanju rabe lastnih, predvsem mobilnih naprav še bistveno povečevalo varnostna tveganja v prihodnosti.

Na drugo raziskovalno vprašanje, kako se je spreminjalo področje informacijske varnosti in kateri dejavniki bodo v prihodnje najpomembnejši glede na rabo sodobnejših informacijskih tehnologij in storitev, odgovarjamo v tretjem poglavju. Pregled raziskav in standardov informacijske varnosti pokaže, da morajo biti poudarki na upravljanju varnostnih postopkov ter zagotavljanju njihovega spoštovanja, za kar pa potrebujejo tudi določena nova znanja.

Tuje in domače raziskave ugotavljajo, da informacijska varnostna kultura v večini organizacij ni ustrezna. Zdravstveni delavci se namreč premalo zavedajo svoje odgovornosti za varovanje zdravstvenih podatkov, varnostna pravila niso napisna ali pa jih ne poznajo (slaba komunikacija). Uporabniki imajo premalo znanj že za delo z obstoječimi informacijskimi rešitvami, še slabše pa poznajo in uporabljajo varnostne principe na mobilnih napravah, katere se vse bolj uporabljajo tudi pri izvajanju procesov v bolnišnicah. Navedeno bo predstavljalo vedno večja varnostna tveganja za zlorabo zdravstvenih podatkov v prihodnosti.

In kaj morajo storiti managerji zdravstvenih inštitucij, da bodo podatki pacientov čim bolj varni? Da se inštituciji ne bi zgodilo, da bo število incidentov zaradi neustreznega ravnanja uporabnikov rastle, je zelo pomembno, da se managerji čim prej zavejo, da bo v prihodnosti potrebno k zagotavljanju informacijske varnosti pristopiti drugače. Sami morajo prevzeti odgovornost za obvladovanje sistema informacijske varnosti in podpreti aktivnosti za izboljševanje informacijske varnostne kulture. Zagotoviti morajo vse potrebne vire za pripravo in stalno dopolnjevanje varnostnih politik za nove načine rabe IT (npr. BYOD, delo na daljavo, oblačne storitve) ter ozaveščanje in periodično usposabljanje vseh zaposlenih.

LITERATURA

1. Egan, M. in Mather, T. (2005). Varovanje informacij. Ljubljana: Pasadena.
2. Gebrasilase, T. in Lessa, L. F. (2011). Information Security Culture in Public Hospitals.: The Xase of Hawasa Referral Hospital. *The African Journal of Information Systems*, 3, (3), 72–86.
3. International Organisation for Standardization. ISO 27799:2016, Health informatics -- Information security management in health using ISO/IEC 27002. Pridobljeno 26. 6. 2017, s <https://www.iso.org/standard/62777.html>.
4. International Organisation for Standardization. ISO/IEC: 27001:2013, Information technology -- Security techniques -- Information security management systems – Requirements. Pridobljeno 3. 2. 2016, s http://www.iso.org/iso/catalogue_detail?csnumber=54534.
5. McNeil, B. J. idr. (2005). Nursing informatics knowledge and competencies: a national survey of nursing education programs in the United States. *International Journal of Medical Informatics*, 74, (11–12), 1021–1030.
6. Mikuletič, S. in sod. (2015). Informacijska zasebnost in varovanje pacientovih podatkov. *Revija za zdravstvene vede*, 2 (1), 19–35.
7. Mitnic, K. D., Simon, W. L. in Wozniak, S. (2002). *The Art of Deception: Controlling the Human Element of Security*. Indianapolis: Wiley.

8. Rančigaj, K. in Lobnikar, B. (2012). Vedenjski vidiki zagotavljanja informacijske varnosti: pomen upravljanja informacijske varnostne kulture. Pridobljeno 20. 1. 2016, s http://www.fvv.um.si/konferencaiv/zbornik/Rancigaj_Lobnikar.pdf.
9. Rožanec, A. in Lahajnar, S. (2016). Uporaba mobilne tehnologije v zdravstvu. V N. Kregar Velikonja (ur.), *Celostna obravnava pacienta*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.
10. Spletna stran 24ur. Pridobljeno dne 22. 6. 2017, s <http://www.24ur.com/novice/slovenija/informacijski-sistem-sibka-tocka-nase-najvecje-bolnisnice-napotnice-in-podatki-o-pacientih-bilne-zavaro-vani.html>.
11. Spletna stran beckershospitalreview. Pridobljeno dne 20. 6. 2017, s <http://www.beckershospitalreview.com/healthcare-information-technology/5-biggest-healthcare-data-breaches-of-2015.html>.
12. Spletna stran beckershospitalreview. Pridobljeno dne 21. 6. 2017, s <http://www.beckershospitalreview.com/healthcare-information-technology/16-latest-healthcare-data-breaches-security-incidents.html>.
13. Spletna stran bitglass. Pridobljeno dne 20. 6. 2017, s https://pages.bitglass.com/BR-Healthcare-Breach-Report-2016_PDF.html.
14. Spletna stran ibm. Pridobljeno dne 22. 6. 2017, s <https://www.ibm.com/blogs/internet-of-things/6-benefits-of-iot-for-healthcare/>.
15. Spletna stran rtvslo. Pridobljeno dne 20. 6. 2017, s <http://www.rtvsl.si/svet/z-izsilje-vals-kimi-virusi-napadli-v-74-drzavah-nasteli-45-000-napadov/422166>.
16. Spletna stran rtvslo. Pridobljeno dne 22. 6. 2017, s <https://www.rtvsl.si/slovenija/informacijski-poolascenec-opozarja-na-zlorabe-osebni-podatkov-v-zdravstvu/403180>.
17. Spletna stran varninainternetu. Pridobljeno dne 22. 6. 2017, s <https://www.varninainternetu.si/2016/kaj-nam-je-povzrocalo-tezave-na-spletu-v-letu-2016/>.
18. Von Solms, B. (2006). Information Security - The Fourth Wave? *Computers and Security*, 25 (3), 165–168.
19. Von Solms, B. (2010). The 5 Waves of Information Security – From Kristian Beckman to the Present. V K. Rannenberg, V. Varadharajan in C. Weber (ur.), *Security and Privacy – Silver Linings in the Cloud*. SEC 2010. IFIP Advances in Information and Communication Technology. Berlin, Heidelberg: Springer.
20. Whipple, E. C., Allgood, K. L. in Larue, E. M. (2012). Third year medical students knowledge of privacy and security issues concerning mobile devices. *Medical Teacher*, 34 (8), 532–548.

Nastanek in uporaba standardov v zdravstveni negi

UDK 616-083(083.74)

KLJUČNE BESEDE: standardi, zdravstvena nega, bolnišnice

POVZETEK - Standard je dokument, ki natančno predpisuje norme, ki jih mora izpolnjevati nek proizvod oziroma storitev. Standard zdravstvene nege definira stopnjo njene kakovosti, saj vsebuje kriterije, s pomočjo katerih ocenjujemo kakovost dela izvajalcev zdravstvene nege in jo s tem tudi izboljšujemo. Standardi so živ dokument, ki se spreminja z razvojem stroke. Pišejo ga medicinske sestre s svojega delovnega področja, zato morajo imeti natančna navodila. V prispevku je opisan nastanek in uporaba standardov v Splošni bolnišnici Novo mesto.

UDC 616-083(083.74)

KEY WORDS: standards, nursing care, hospital

ABSTRACT - Standard is a document which precisely defines norms each product or service has to fulfil. The nursing care standard defines the level of quality, for it includes criteria used to evaluate nursing care. These criteria lead to quality work of nursing care providers. Standards are living documents which change with development of the profession. They are written by nurses working in various fields, so they need have accurate instructions. The article introduces developing and the use of standards in General Hospital Novo mesto.

1 Sodobna zdravstvena nega

V okviru zdravstvenega varstva je zdravstvena nega stroka, ki obsega splet družbenih aktivnosti, ukrepanj in ravnanj posameznikov ter skupin. Sistematično in ciljano je usmerjena v varovanje, izboljšanje zdravja in kakovosti življenja posameznika, družine in celotne populacije (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 13).

Kakovost je beseda, ki se jo uporablja v vsakodnevno in je odvisna od posameznikovih vrednot in pričakovanj (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 24). V Zakonu o pacientovih pravicah (ZPacP, 2008) pravi 11. člen, da ima pacient pravico do primerne, kakovostne in varne oskrbe.

Država je oblikovala nacionalne usmeritve za doseganje minimalne kakovosti, katera načela so: 1. uspešnost – uspešnost zdravstvene obravnave je doseganje zelenih izidov zdravljenja; 2. varnost – je zmanjševanje varnostnih zapletov pri pacientih med diagnostičnimi postopki, zdravljenjem, zaščito in rehabilitacijo in izogibanje, preprečevanje ali popraviljanje varnostnih zapletov; 3. pravočasnost – pravočasno zdravljenje je primeren čas, ko je to dosegljivo glede na pacientove potrebe; 4. učinkovitost – učinkovita zdravstvena obravnava je razmerje med izidi zdravljenja in uporabljenimi viri; 5. enakost – enakost zdravstvene obravnave je nediskriminacijsko obravnavanje pacienta (na podlagi spola, starosti, socialnega statusa ...); 6. osredotočenje na paciente - zagotavlja spoštovanje pacientovih vrednot, upoštevanje izraženih potreb in možnosti izbire, zdravljenje bolečine, usklajevanje, povezovanje in nepretrganost zdra-

vstvene obravnave, obveščenost, udobno okolje, stik s svojci in prijatelji ter drugimi izbranimi osebami, prostovoljno navzočnost izbrane osebe, če to ni proti interesom zdravstvene obravnave (Kiauta, Poldrugovac, idr., 2010, str. 11).

Razvoj in hiter napredek družbe se odraža na zdravstveni negi kot stroki, ki se vedno bolj vključuje v zahtevne in kompleksne procese v zdravstvu. Razvila je elemente, ki sodobni zdravstveni negi omogočajo kakovostno, kontinuirano in avtonomno delovanje stroke (Budič in Filej, 2012, str. 79).

Elemente sodobne zdravstvene nege sta Hajdinjak in Meglič (2012, str. 19) razvrstila na: filozofija zdravstvene nege (vodilo razvoja in prakse zdravstvene nege), strokovna terminologija, proces zdravstvene nege, modeli in teorije, klasifikacija (klasifikacija negovalnih diagnoz, klasifikacija intervencij, klasifikacija rezultatov ...), empirični indikatorji (standardi kakovosti), kategorizacija (razvrstitev zdravstvene nege v skupino glede na zahtevnost pacientov), komuniciranje, organiziranje, izobraževanje in strokovno izpopolnjevanje, raziskovanje, profesionalni kodeks, profesionalna združenja in zakonodaja.

1.1 Standardi zdravstvene nege

Standardi so specifični pripomoček sodobne zdravstvene nege, ki opredeljujejo aktivnosti zdravstvene nege in stopnjo njihove kakovosti (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 195).

Pomembni so, ker zagovarjajo in usmerjajo prakso (Charlotte, 2014, str. 4), zmanjšujejo rizik za komplikacije (Milena, 2015, str. 8) in usmerjajo delo v praksi (ugotavljanje potreb, postavitve negovalne diagnoze, pričakovan rezultat, načrt, potek izvedbe in evalvacijo).

Z vrednotenjem kakovosti izvedbe, izobraževanjem, sodelovanjem v timu, sodelovanjem s pacienti in njihovi svojci oziroma skrbniki, etičnim pristop, kadrovskim normativom oziroma človeškimi viri in z usmerjenim vodenjem zdravstvene nege zagotavljajo poklicno uspešnost (ANA, 2010, str. 17).

Standardi poleg vrednotenja učinkovitosti in kakovosti zdravstvene nege omogočajo (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 25):

- poenoteno pojmovanje stroke zdravstvene nege,
- enotno podlago za učenje in prakso zdravstvene nege (študenti, pripravniki, začetniki zdravstveni negi),
- ugotavljanje kadrovske potrebe in delitev dela,
- ugotavljanje nivoja profesionalne zavesti.

Ravni oblikovanja, sprejemanja in uvajanja standardov (Hajdinjak in Meglič, 2001, str. 35):

- Bolnišnične enote - standarde in kriterije oblikujejo delovne skupine na posameznih oddelkih oziroma enotah (dializa, okulistika, sterilizacija).
- Zdravstvene ustanove - delovna skupina v bolnišnici, kliniki, inštitutu je zadolžena za oblikovanje standardov. Delovna skupina je sestavljena iz članov delovnih skupin posameznih oddelkov in strokovnjakov za raziskovanje v zdravstveni negi. Njihova naloga je spremljanje, svetovanje in usklajevanje dela.

- Nacionalna raven - Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija je k oblikovanju nacionalnih protokolov povabila strokovne sekcije. Strokovne sekcije so organizirane na nacionalni ravni in združujejo strokovnjake, ki prihajajo iz različnih slovenskih regijskih zdravstvenih in drugih zavodov. Pri oblikovanju nacionalnih protokolov se sekcije združijo na tistih področjih, kjer se aktivnosti zdravstvene nege prekrivajo. Potrjeni so iz naslednjih strokovnih forumov: izvršni odbor strokovne sekcije, Delovna skupina za pripravo nacionalnih protokolov, sledi potrditev Upravnega odbora Zbornice - Zveze in nato še končna potrditev na Razširjenem strokovnem kolegiju za zdravstveno nego. Vsak protokol ima svojega skrbnika, ki ga mora na določen čas pregledati, oceniti, dopolniti ali spremeniti. Protokoli so javno dostopni in jih lahko posameznik, zdravstvene, socialnovarstvene in druge institucije uporabljajo v svojih delovnih okoljih. Njihov namen je poenotenje izvajanja zdravstvene in babiške nege na področju celotne države (Prestor, Oštir in Klemenc, 2015, str. 5).

2 Metode

2.1 Namen in cilji raziskave

Raziskati povezanost delovanja članov delovne skupine v Splošni bolnišnici Novo mesto za področje oblikovanja ter razvijanja standardov zdravstvene nege in izvajalcev zdravstvene nege na Nevrološkem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto.

Cilji: preučiti lastnosti in namen standardov zdravstvene nege, pridobiti podatke za poslenih na nevrološkem oddelku o poznavanju standardov, pridobiti podatke članice - medicinske sestre delovne skupine za standarde, ugotoviti povezanost delovanja med delovno skupino in izvajalci zdravstvene nege za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege.

Raziskovalna vprašanja:

- Koliko zaposleni na Nevrološkem oddelku poznajo lastnosti standardov zdravstvene nege?
- Komu so dostopni oziroma namenjeni standardi zdravstvene nege v bolnišnici Novo mesto?
- Kakšna je vizija delovne skupine za standarde zdravstvene nege v bolnišnici v prihodnosti?

2.2 Raziskovalna metodologija

Za raziskovanje o standardih zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Novo mesto smo uporabili deskriptivno metodo, s katero smo opisali namen, lastnosti in nastanek standardov zdravstvene nege. S sistematičnim iskanjem strokovne literature v knjižnici in podatkovni bibliografski bazi COBBIS in CINAHL smo pregledali in kritično analizirali tujo in domačo literaturo ter ostale vire, ki se navezujejo na raziskovalno temo. Z metodo intervjuja smo pridobili podatke o namenu in načinu ter načrtu delovanja delovne skupine za standarde zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Novo mesto. Izvedli

smo tudi anketo med zaposlenimi izvajalci zdravstvene nege Nevrološkega oddelka v Splošni bolnišnici Novo mesto s katero smo ocenili poznavanje lastnosti in namen standardov zdravstvene nege.

Pred izvedbo raziskave smo pridobili soglasje za izvedbo raziskave v Splošni bolnišnici Novo mesto od pomočnice direktorice za področje zdravstvene nege in glavne medicinske sestre Nevrološkega oddelka. Izvajalcem zdravstvene nege Nevrološkega oddelka in odgovorni medicinski sestri delovne skupine za standarde smo zagotovili anonimnost in prostovoljno sodelovanje v raziskavi, ki je potekala od 6. 10. 2017 do 11. 10. 2017. Vsi podatki so verodostojni.

2.3 Opis instrumenta

V raziskavi smo za izvajalce zdravstvene nege Nevrološkega oddelka uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga sestavili na osnovi preučene literature. Uporabili smo 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč strinjanja z navedenimi trditvami. Vprašalnik je vseboval 16 vprašanj, od tega so bila tri vprašanja namenjena proučevanju demografskih podatkov zaposlenih, šest vprašanj je bilo namenjeno proučevanju lastnosti, štiri vprašanja so bila namenjena proučevanju uporabnikov in tri vprašanja proučevanju izboljšav standardov zdravstvene nege zaposlenih v zdravstveni negi. Uporabili smo tudi polstrukturiran intervju odgovorne medicinske sestre delovne skupine za standarde v Splošni bolnišnici Novo mesto. Prvi del je bil namenjen predstavitvi, drugi del kaj standardi zdravstvene nege omogočajo, v tretjem delu nas je zanimalo komu so namenjeni in v četrtem sklopu smo izvedeli načrt izboljšav standardov zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Novo mesto.

2.4 Opis vzorca

Raziskava je potekala na Nevrološkem oddelku v Splošni bolnišnici Novo mesto. V raziskavi so sodelovali člani negovanega tima, ki so zaposleni na oddelku in članica, ki je hkrati tudi odgovorna medicinska sestra delovne skupine in tudi glavna medicinska sestra Nevrološkega oddelka. Razdeljenih je bilo 20 anketnih vprašalnikov, od tega predstavlja vzorec raziskave 1 magistra/magister zdravstvene vzgoje in managementa, 4 diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki in 15 srednjih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov. Vsi vrnjeni anketni vprašalniki so bili veljavni. Intervju je potekal v sobi odgovorne medicinske sestre, ki je hkrati glavna medicinska sestra Nevrološkega oddelka.

2.5 Opis obdelave podatkov

Podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Office Word in spletne strani 1ka.

3 Rezultati raziskave z razpravo

V raziskavo je bilo vključenih 20 izvajalcev zdravstvene nege, kar predstavlja celoten tim Nevrološkega oddelka Splošne bolnišnice Novo mesto in članica oziroma vodja delovne skupine za standarde zdravstvene nege.

Glede na dokončano izobrazbo, so v anketi sodelovali različni profili delavcev v zdravstveni negi in sicer 1 (5 %) magistra/magister zdravstvene vzgoje in managementa, 4 diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki (20 %) in 15 (75 %) srednjih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov. Sedem zaposlenih v zdravstveni negi je imelo delovno dobo do 10 let (35 %), tri od 11-20 let (15 %), dva od 21-30 let (10 %) in osem zaposlenih od 31-40 let (40 %).

Članica delovne skupine je tudi vodja skupine za standarde zdravstvene nege in opravlja tudi funkcijo glavne medicinske sestre Nevrološkega oddelka. Leta 2013 je uspešno magistrirala na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto. Posveča se pacientom, ki so zboleli za multiplo sklerozo in v ta namen je oblikovala načrt zdravstveno-vzgojnega dela medicinske sestre za bolnike z multiplo sklerozo.

V raziskavi smo si zastavili tri raziskovalna vprašanja, na katere smo dobili odgovor s pomočjo anketnega vprašalnika in intervjuja.

1. Koliko zaposleni poznajo lastnosti standardov zdravstvene nege?

Iz odgovorov sledi, da so se anketiranci v 90 % strinjali, da standardi zagotavljajo kakovost, v 95% da zagotavljajo enotno izvajanje strokovnih opravil in v 95 % da omogočajo strokovno usposobljenost izvajalcev zdravstvene nege. Članica delovne skupine poudari, da standardi zagotavljajo učinkovito in kakovostno zdravstveno nego, ki nas »zaščitijo« v smisli dokazovanja pravilno izvedenih postopkov.

V 80 % se anketirani strinjajo, da omogočajo merjenje kakovosti. Merjenje kakovosti daje negovalnemu timu možnost za odločitve v katero smer naj se dnevna rutina medicinske sestre spremeni za zagotavljanje boljše kakovosti dela v zdravstveni negi. Ocena doseženega, delno doseženega ali nedoseženega standarda sporoča medicinski sestri in vodilni medicinski sestri sliko kakovosti zdravstvene nege v času merjenja (Zorec, R. de Miranda in Filej, 2001, str. 235). Po pogovoru s članico delovne skupine se strinjamo z njeno razlago, da bi morale glavne in odgovorne medicinske sestre sodelavce v negovalnem timu spodbujajo k izvajanju posegov glede na napisane standarde zdravstvene nege in izvajati kontrolo.

Delitev dela med posameznimi izvajalci v zdravstveni negi je Zbornica zdravstvene in babiške nege opredelila leta 2008 glede na seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti. Anketirani se o delitvi dela med izvajalci zdravstvene nege v okviru standardov strinja 75 % in delno strinja 25 %. Glede na analizo podatkov, menimo, da je dokument o opredelitvi kompetenc glede na seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti potrebno obnoviti. Da standardi omogočajo primerjavo med kadrovskimi normativi in potrebe po kadru se strinja 80% anketiranih in 10 % se s tem delno strinja. Po pogovoru z odgovorno medicinsko sestro izvemo, da kadrovskih normativov v zdravstveni negi še ni definiranih, izvaja pa se kategorizacija bolnikov. Kar potrjuje Maze (2013), da na

področju zdravstvenega varstva v Sloveniji ni strokovnih kriterijev s katerimi bi lahko določili potrebni zdravstveni tim za posamezno storitev oziroma vsako delovišče ali dejavnost posebej. Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege (razporejenost pacientov v posamezne kategorije) je bila konec leta 2011 potrjena na Zdravstvenem svetu kot metoda za merjenje obremenitev zaposlenih v zdravstveni negi. Ni pa bila priznana kot metoda za merjenje in planiranje kadra (Maze, 2013, str. 63).

Analiza in interpretacija podatkov nam prikazuje, da ima 86 % anketirancev od postavljenih standardov korist tako medicinske sestre kot pacient in da definirajo kakovost, odgovornost ter kriterije za oceno opravljenega dela ob nadzoru in kontroli.

2. Komu so dostopni oziroma namenjeni standardi zdravstvene nege v bolnišnici Novo mesto?

V raziskovani literaturi smo zasledili, da so standardi omogočajo varno in kakovostno zdravstveno nego, podlago za učenje in prakso študentom zdravstvene nege, pripravnikom, začetnikom (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 25), poenotenju stroke zdravstvene nege (Prestor, Oštir in Klemenc, 2015, str. 4) in izobraževalno orodje za vse izvajalce zdravstvene nege (Charlotte, 2014, str. 4).

Da so standardi podlaga za vsakodnevno delo, se 89 % zaposlenih strinja in 11 % delno strinja. Na naslednjo trditev se 75 % zaposlenih strinja, 15 % delno strinja in 10 % se ne strinja, da so standardi podlaga za praktično delo z dijaki/študenti/pripravniki. Menimo, da je razliko teh dveh odgovorov potrebno raziskati. Mogoče si lahko pomagamo z raziskavo Traynor in Buus (2016, str. 193), ki sta v svoji raziskavi izpostavila, da se ideje študentov, ki prihajajo na klinično prakso, za izboljšanje standardov zdravstvene nege ne smejo zanemarjati.

Od vseh anketiranih se jih je 80 % seznanilo s standardi v šoli in 80 % na delovnem mestu. Da so standardi delo medicinskih sester s pomočjo strokovne literature se strinja 80 % zaposlenih. S pomočjo intervjuja izvemo, da najdemo strokovne standarde, ki so jih pripravile medicinske sestre bolnišnice na Srednji zdravstveni šoli in na Fakulteti za zdravstvene vede ter da so dostopni vsem zaposlenim, pripravnikom, študentom in vsem izvajalcem praktičnega usposabljanja na vseh oddelkih oziroma enotah Splošne bolnišnice. Prva objava potrjenih standardov je bila oktobra 2011, obsega 16 sklopov posameznih strok zdravstvene nege.

Na drugo raziskovalno vprašanje, z rezultatom (84 %) so zaposleni na Nevrološkem oddelku odgovorili, da so standardi zdravstvene nege podlaga za delo vsem zaposlenim, dijakom in študentom.

3. Kakšna je vizija delovne skupine za standarde zdravstvene nege v prihodnosti?

V intervjuju nam medicinska sestra delovne skupine razloži, da bodo pri obnovi standardov dodali slike in glede na možnosti tudi posnetke. Anketirani so se v 75 % strinjali, v 15 % delno strinjali, da so standardi razumljivo napisani. V 80 % bi dodali slike, v 55 % se strinja da bi jih predvajali tudi v obliki kratkih zvočnih posnetkov. Na razpolago imamo več metod podajanja izobraževalnih vsebin, ki se lahko prepletajo in dopolnjujemo. Odvisno kakšen cilj želimo doseči (Blažič, Ivanuš Grmek idr., 2003, str. 334). Menimo, da moramo pri podajanju vsebin upoštevati osebne značilnosti po-

sameznika v timu in generacijske razlike, saj je med zaposlenimi 35 % z delovno dobo do 10 let in 40 % z delovno dobo od 30-40 let.

Standardi zdravstvene nege so dinamični dokumenti, ki se spreminjajo, zato jih je potrebno na določeno obdobje pregledati, da so relevantni in uporabni v vsakdanji praksi (Hajdinjak in Meglič, 2001, str. 32). Pri pregledu in obnovitvi standardov zdravstvene nege se bo delovna skupina v letu 2018 odločila kateri so smiselni in kako jih posodobiti ter oblikovala kazalnike kakovosti. Kazalniki kakovosti so merljive enote, ki prikazujejo posredno ali neposredno uspešno delovanje ustanove, oddelka ali strokovnjaka pri izboljšanju zdravja posameznika, skupine ali populacije (Rems, 2008, str. 31). Leskovic in Lešer (2016, str. 42) sta raziskali, da število objav spremljanja kazalcev kakovosti zdravstvene nege narašča tako v slovenskem kot evropskem prostoru. V obdobju od leta 2010 do 2015 jih je največ na področju spremljanja okužb povezanih z zdravstvom, sledijo prispevki s področja ran zaradi pritiska in padci pacientov. Pri pregledu slovenske literature zasledimo pomanjkanje raziskovanja na področju zdravstvene nege, ki bi zdravstveni negi kot stroki zagotavljala večjo avtonomnost.

4 Zaključek

V raziskovalnem delu smo prišli do zaključka, da so standardi v zdravstveni negi pomembni tako za paciente kot za izvajalce zdravstvene nege. Omogočajo varnost, zaupanje, kakovost in etični pristop do pacientov. Z merjenjem kakovosti bi pridobili podatke, s katerimi bi zdravstvena nega dokazala svojo avtonomija na različnih področjih.

Ugotovili smo, da zaposleni na Nevrološkem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto poznajo prednosti standardov zdravstvene nege pri vsakodnevem delu. S pomočjo intervjuja, vodje skupine za standarde v Splošni bolnišnici Novo mesto, smo spoznali način delovanja delovne skupine in kakšne načrte imajo v prihodnosti. Z visokim odstotkom pozitivnih odgovorov smo mnenja, da je sodelovanje med članico delovne skupine Nevrološkega oddelka, ki je hkrati tudi glavna medicinska sestra Nevrološkega oddelka in izvajalci zdravstvene nege Nevrološkega oddelka zelo uspešno.

Glede na ugotovitve predlagamo nekaj izboljšav:

- v poročila glavnih medicinskih sester se vključi poročilo o standardih zdravstvene nege;
- v delovno skupino se povabi k sodelovanju predstavnike oziroma člane Srednje zdravstvene šole in Fakultete za zdravstvene vede;
- določiti redna obdobja srečanja delovne skupine, ki bi omogočila hitrejši in boljši pretok informacij;
- razširiti raziskavo pri izvajalcih zdravstvene nege v bolnišnici in po potrebi organizirati interno izobraževanje o namenu in uporabi standardov zdravstvene nege pri vsakodnevem delu.

Z uporabo standardov v zdravstveni negi se lahko izognemo marsikateremu konfliktu, ki jih v današnjem času ne zmanjka.

LITERATURA

1. Bavčar, K. (2008). Merjenje je pogoj za vrednotenje kakovosti v zdravstveni negi (Magistrska naloga). Koper: Fakulteta za management.
2. Blažič, M., Ivanuš Grmek, M., Kramar, M. in Strmčnik, F. (2003). Didaktika. Novo mesto: Inštitut za raziskovalno in razvojno delo.
3. Budič, J. in Filej, B. (2013). Upoštevanje elementov sodobne zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije. V B. Filej (ur.), *Celostna obravnava pacienta – kako daleč smo do cilja* (str. 79–88). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
4. Charlotte, D. (2014). The importance of professional standards. *Nursing Made Incredibly Easy* 12(5),4. Pridobljeno 3. 10. 2017, s http://journals.lww.com/nursingmadeincrediblyeasy/fulltext/2014/09000/the_importance_of_professional_standards.1.aspx.
5. Hajdinjak, A. in Meglič, R. (2001). Pomen standardov v sodobni zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege* 35, (1–2), 29–35.
6. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2012). *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
7. Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A. in Simčič, B. (2010). *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti (2010–2015)*. Ljubljana: Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje.
8. Leskovic L. in Lešer V. (2016). Kazalniki kakovosti v zdravstveni negi. *Kakovost zdravstvenih storitev. Zbornik prispevkov 8. dnevi Marije Tomšič*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.
9. Maze, H. (2013). *Organizacija dela v zdravstveni negi*. Celje: Visoka zdravstvena šola. Pridobljeno 14. 10. 2017, http://www.vzsce.si/si/files/default/pdf/spletna_gradiva/ORGANIZACIJA_DELA_V_ZDRAVSTVENI_NEGI_99ZB2.pdf.
10. Milena, O. (2015). Primena standardizovanih procedura u plasiranju i nezi perifernog venskog katetera/kanile. *Inspirum* 12, 8-15. Pridobljeno 14. 10. 2017, s <http://scindeks.ceon.rs/article.aspx?query=ISSID%26and%2612640&page=1&sort=8&stype=0&backurl=%2fissue.aspx%3fissue%3d12640>.
11. Pangerl, C. (2013). Standardi zdravstvene nege kot člen med izobraževanjem in delom medicinske sestre (Magistrska naloga). Celje: Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije.
12. Prestor, J., Oštir, M. in Klemenc, D. (2015). Kratka predstavitev razvoja in pomena nacionalnih protokolov s področja zdravstvene in babiške nege ter oskrbe v R Sloveniji. *Utrip*, 23 (6), 4–5.
13. Rems, M. (2008). Kam nas usmerjajo kazalniki kakovosti? *Dejstvo za kakovost: 2. Strokovni seminar. Zbornik predavanj Dnevi Angele Boškin*.
14. Skela Savič, B. (2014). Odgovornost za razvoj zdravstvene nege: jih prepoznam? *Obzornik zdravstvene nege*, 48 (1), 5–11.
15. *Standards of Professional Nursing Practice* (2010). Silver Spring, Maryland: American Nurses Association. Pridobljeno 13. 10. 2017, s <https://www2.iupuc.edu/academics/divisions-programs/nursing/course-descriptions/Website%20-%20ANA%202010%20Nursing%20Scope%20and%20Standards%20of%20Practice.pdf>.
16. Traynor, M. in Buus, N. (2016). Professional identity in nursing: UK Student's explanations for poor standards of care. *Elsevier*, 166, 186–194.
17. *Zakon o pacientovih pravicah*. (2008). Uradni list RS, št. 15 (11. 2. 2008). Pridobljeno 14. 10. 2017, s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2008-01-0455?sop=2008-01-0455>.
18. Zorec, M., R. de Miranda, O. in Filej, B. (2001). Razvoj metodologije merjenja kakovosti zdravstvene nege v mednarodnem projektu. *Obzornik zdravstvene nege*, 35 (6), 233–236.

Zdravstvena pismenost dijakov zdravstvene nege v jugovzhodni Sloveniji

UDK 373.5.014.22:61

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena pismenost, najstniki, zdravstvena vzgoja

POVZETEK - Namen prispevka je bil s pomočjo tehnik anketiranja preveriti cilje naše raziskave, ali se pojavljajo statistično pomembne razlike med zdravstveno pismenostjo (ZP) dijakov zdravstvene nege (ZN) v jugovzhodni Sloveniji in zdravstveno pismenostjo tistih dijakov, ki v svojem srednješkolskem izobraževanju nimajo predmetov z zdravstvenimi vsebinami. ZP Svetovna zdravstvena organizacija definira kot zmožnost posameznika, da razume in uporabi ustrezne informacije za vzdrževanje in promocijo zdravja. Višja ZP je povezana z zdravju sprejemljivim obnašanjem in boljšim izidom zdravljenja, medtem ko posamezniki z neustrezno ZP večkrat izkoriščajo zdravstvene storitve, so večkrat hospitalizirani in se napačno zdravijo. Neustrezna ZP je povezana tudi z višjimi stroški. V raziskavo je bilo vključenih 110 dijakov, 43,6 % zdravstvene nege (ZN) in 56,4 % ostalih programov. Dijaki ZN v JV Sloveniji so bolj zdravstveno pismeni od ostalih dijakov, saj v povprečju dosega več točk na testu iz ZP (ZN $M = 13,9$, ostali $M = 11,4$). Najvišjo ZP imajo srednješolci, ki največ zdravstvenih informacij pridobijo v šoli pri pouku ($M = 13,7$), najmanjšo pa tisti, ki največ informacij pridobijo iz medijev ($M = 11,3$), kar nakazuje, da jih je treba naučiti kritično sprejemati informacije.

UDK 373.5.014.22:61

KEY WORDS: health literacy, adolescents, health education

ABSTRACT - The purpose of the research was to distinguish whether statistically important differences appear in health literacy (HL) between students in nursing schools (NS) in Southeast Slovenia and students who do not have health care contents in their education. HL is defined by WHO as the ability of an individual to understand and use appropriate information to maintain and promote health. Higher HL is connected with the acceptable behaviour towards health and better outcome of treatment, while individuals with inadequate HL take advantage of health services, are hospitalised more often and misuse the treatment. Inadequate HL is also connected to higher costs. 110 students were included in the research; 43.6% from NS and 56.4% from other schools. Students of NS, on average, reach higher number of points on the HL test (NS $M = 13.9$; the rest $M = 11.3$), therefore they have a higher level of HL than other students. Students reaching the highest level of HL are those who gain health information in school ($M = 13.7$), and those who gain information from the media ($M = 11.3$) have the lowest HL; the result implies that they must be taught to critically assess information.

1 Teoretična izhodišča

V zadnjih letih se čedalje bolj poudarja pomen zdravstvene pismenosti pri zagotavljanju lastnega zdravja, pozitivnega zdravljenja ob pojavu bolezni in manjši umrljivosti. Kaj pa sploh je zdravstvena pismenost? Svetovna zdravstvena organizacija definira zdravstveno pismenost kot »kognitivne in socialne veščine ter zmožnosti posameznika, da razume in uporabi ustrezne informacije za vzdrževanje in promocijo dobrega zdravja«. Kar pomeni, da se pri konceptu zagotavljanja zdravja z visoko zdravstveno pismenostjo poudarja pomen posameznikovega lastnega zavzemanja za svoje zdravje. To pa posameznik lahko naredi le, če je o zdravju in temah povezanih z zdravjem dovolj poučen in pa seveda tudi motiviran, da to svoje znanje vključi v odločitve o zdravem načinu življenju. Cilj zdravstvene pismenosti je opolnomočenje posameznika,

kar ne pomeni zgolj njegovih pravic in možnosti, ampak tudi dolžnosti, odgovornosti in omejitve (Kamin, 2011). Višja zdravstvena pismenost (Perry, 2014) je povezana z boljšim zdravstvenim znanjem, zdravju sprejemljivim obnašanjem in boljšim izidom zdravljenja v odrasli dobi. Nizka zdravstvena pismenost pa ima lahko več posledic. Posamezniki z nizko zdravstveno pismenostjo pogosteje izkoriščajo zdravstvene storitve, so večkrat hospitalizirani in večkrat potrebujejo nujno zdravniško pomoč, napačno jemljejo zdravila in se napačno zdravijo, posledično so tudi zapleti njihovih kroničnih bolezni pogostejši. Dokazano je bilo, da je zdravstvena pismenost močnejši pokazatelj zdravstvenega statusa kot tradicionalni socialno-demografski faktorji npr. starost, status zaposlitve, izobrazba, rasa in narodnost (Wu, Begoray, Macdonald, Higgins, Frankish, Kwan idr., 2010). Ena od pomembnejših posledic nizke zdravstvene pismenosti so tudi višji finančni stroški zdravljenja takih pacientov. Po izračunih Georgetown University so letni finančni stroški v povezavi s pomanjkljivo zdravstveno pismenostjo v Združenih državah Amerike kar 74 milijard dolarjev (Hirsch, Jungebut, Jenkins in Kolstad, b. d.). Mantwill in Schulz (2015) sta v svoji raziskavi dokazala, da je nizka zdravstvena pismenost povezana z višjimi stroški zdravil pri pacientih z sladkorno boleznijo tipa 2. Haun, Patel, French, Campbell, Bradham in Lapcevic (2015) pa so preučevali zdravstvene stroške in zdravstveno pismenostjo med veterani. Ugotovili so, da so povprečni zdravstveni stroški triletnega zdravljenja veteranov z ustrezno zdravstveno pismenostjo visoki 17.033 dolarjev, medtem ko so stroški pri veteranih z neustrezno zdravstveno pismenostjo visoki 31.518 dolarjev. V zadnjem desetletju se je tako število raziskav in tudi različnih projektov na temo dvigovanja nivoja zdravstvene pismenosti skokovito dvignil, vendar pa Babnik, Štemberger Kolnik in Bratuž (2013) ugotavljajo, da je v Sloveniji ocena zdravstvene pismenosti splošne populacije in tudi rizičnih skupin še precej neraziskana.

1.1 Zdravstvena pismenost v povezavi z zdravstveno vzgojo

V Sloveniji in tudi drugje po svetu izobražujemo in vzgajamo o pomenu zdravja in zagotavljanju le-tega, že otroke v vrtcu in skozi celotno šolanje. Glede na to, da šolanje po osnovni šoli nadaljuje velika večina otrok, in da je šola eden ali pa morda edini nosilec zdravstvenih informacij, ki se dotika prav vseh mladostnikov (Begoray, Wharf-Higgins in Macdonald, 2009), je verjetno najbolj smiselno, da sloni zdravstvena vzgoja ravno na dijakih srednjih šol in da največ teh vsebin podajamo v obdobju med otroštvom in odraslo dobo. Zlasti veliko teh vsebin dobijo dijaki srednješolskega programa zdravstvene nege pri predmetu varovanje zdravja. Vsebine, o katerih se dijaki informirajo, so med drugim: pomen zdravega življenjskega sloga, pomen zdrave prehrane, redne telesne aktivnosti, zdrava in varna spolnost, stres in zagotavljanje psihičnega zdravja, škodljivost odvisnosti in kako se jim izognemo, pomen higiene itd. (CPI, b. d.).

Svetovna zdravstvena organizacija definira zdravstveno vzgojo kot »kombinacijo izobraževalnih in vzgojnih dejavnosti, ki dosežejo, da ljudje želijo biti zdravi, vedo, kako postanejo in ostanejo zdravi, in naredijo vse za varovanje zdravja ter poiščejo pomoč takoj, ko jo potrebujejo« in lahko rečemo, da je zdravstvena vzgoja nekakšno učenje zdravstvene pismenosti. Hoyer (2005) nadaljuje, da so »cilj zdravstvene vzgoje dejav-

ni posamezniki in skupnosti, ki poznajo zdravje, dejavnike tveganja pri posamezniku in v okolju ter se želijo in znajo prizadevati za svoje zdravje.« Najstniki so za komuniciranje vsebin zdravja še posebej zahtevna ciljna skupina. Zelo težko je pritegniti in obdržati njihovo pozornost (Kamin in Tivadar, 2008). Sami v praksi tudi opažamo, da četudi imajo znanje o zdravem načinu življenja in so seznanjeni z morebitnimi posledicami nezdravih navad, še ni rečeno, da to znanje prenašajo v vsakodnevno življenje in se zaradi le-tega poslužujejo bolj zdravega obnašanja. V večini primerom so pod velikim vplivom množičnih medijev, popularnosti določenih navad in vpliva idolov, ki niso vedno vir najbolj pametnih in zdravih odločitev.

V Sloveniji so zdravstveno pismenost preverjali v okviru Zavoda Viva (Kojić, 2013), preiskovance so spraševali o težavnosti razumevanja in uporabe zdravstvenih informacij, pogovorov z zdravniki in uporabe zdravstvenih storitev. Rezultati so pokazali, da je večini populacije, vključno z najstniki, težko presojati informacije v medijih. S tem so se ukvarjali tudi Nordheim, Gundersen, Espehaug, Guttersrud in Flottorp (2016), ki menijo, da je pri zdravstveni pismenosti zelo pomembno vprašanje, ali znajo najstniki kritično oceniti informacije, ki jih pridobijo iz množičnih medijev. V svojem pregledu člankov na to temo, so ugotovili, da je večina šolskih projektov, s katerimi so poskušali dvigniti kritično zdravstveno pismenost, pokazala določeno mero učinkovitosti, v večini primerov pa so ocenjevali zgolj kratkotrajne učinke teh projektov.

Diamond, Saintonge, August in Azrack (2011) in Steckelberg, Hulphenhaus, Kasper in Muhlhauser (2009) so na ameriških in nemških najstnikih ugotovili, da zdravstveni programi in kurikuli v šoli učinkujejo pozitivno na višanje zdravstvene pismenosti. Nasprotno je raziskava Begorayeve idr. (2009) pokazala, da ima zdravstveni kurikulum, ki ga izvajajo na kanadskih šolah, omejen učinek na zdravstveno pismenost.

1.2 Preverjanje nivoja zdravstvene pismenosti med srednješolci

Dijaki zdravstvene nege se izobražujejo za poklic, katerega predstavnik mora biti dovolj izobražen o zdravstvenih temah, vsekakor bolj od splošne populacije. Pri bodočem delu se bodo srečevali z mnogimi vprašanji v povezavi z zdravjem in prav je, da je njihov zdravstvena pismenost na visokem nivoju. Tudi njihovo izobraževanje je sestavljeno tako, da tekom šolanja pridobivajo čim več zdravstvenega znanja. S temi, ki so povezane s splošno zdravstveno pismenostjo, se dijaki srečajo pri predmetu varovanje zdravja, kateremu je namenjeno 140 ur. Zakaj pa bi bilo sploh potrebno preveriti nivo zdravstvene vzgoje na najstnikih oziroma dijakih, ki ne spadajo med najbolj ranljive pri vprašanju zdravstvene pismenosti? Po raziskavah ne spadajo med tiste skupine, ki so najmanj zdravstveno pismeni (Kojić, 2013) in niti niso glavni uporabniki zdravstvenih storitev, če izvzamemo kronično bolne najstnike. Manganello (2007) navaja kar nekaj razlogov, zakaj bi bilo potrebno ocenjevati zdravstveno pismenost najstnikov. Eden od razlogov je, da so najstniki čedalje bolj vključeni v odločanje o lastnem zdravju. Čedalje več iščejo informacije o zdravju v masovnih medijih, kot so internet in televizija, saj navaja, da preživijo mladi stari od 8 do 18 let, kar 6,5 ur dnevno na internetu ali televiziji. To pa pomeni, da je del zdravstvene vzgoje

vsekakor tudi to, da jih naučimo kritično sprejemati informacije v medijih, prepoznati relevantne vire in te pridobljene informacije znati uporabiti. Ye, Yao, Liu, Fan, Xu in Chen (2014) v svoji raziskavi dodajajo, da so najstniki v večini primerov zainteresirani za razumevanje zdravstvenih informacij, razumevanje samo pa se večini vseeno zdi težko.

2 Metodologija

2.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je ugotoviti ali imajo dijaki zdravstvene nege v JV Sloveniji višjo zdravstveno pismenost od dijakov ostalih srednješolskih programov v JV Sloveniji.

Osnovni cilj raziskave je v primeru potrditve hipoteze ugotoviti, ali je predmete z vsebinami zdravstvene vzgoje smiselno vpeljati tudi v srednješolske programe, ki teh vsebin še nimajo.

2.2 Hipoteze

Oblikovali smo 3 hipoteze:

Hipoteza 1: Dijaki programa zdravstvene nege dosegajo statistično pomembno več točk na testu iz zdravstvene pismenosti, kot tisti dijaki, ki v svojem srednješolskem programu nimajo predmetov z zdravstvenimi vsebinami.

Hipoteza 2: Dijaki programa zdravstvene nege statistično pomembno višje ocenjujejo lastno zdravstveno znanje, kot tisti dijaki, ki v svojem srednješolskem programu nimajo predmetov z zdravstvenimi vsebinami.

Hipoteza 3: Dijaki, ki največ zdravstvenih informacij pridobijo v šoli pri pouku, dosegajo statistično pomembno več točk na testu iz zdravstvene pismenosti, kot tisti, ki največ zdravstvenih informacij pridobijo od staršev, vrstnikov, medijev ali zdravstvenih delavcev.

2.3 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja, ki je temeljila na primerjanju zdravstvene pismenosti dijakov zdravstvene nege in dijakov, ki v svojem srednješolskem programu vsebin zdravstvene nege v obliki posebnega predmeta ne prejemajo.

Anketiranje je potekalo od 6. 2. 2017 do 17. 2. 2017. Pripravljena je bila papirna oblika ankete, ne katero so anketiranci odgovarjali na svojih šolah. Med zbiranjem podatkov je bil prisoten en anketar, ki je pred anketiranjem predstavil anketo in bil na voljo za morebitna vprašanja. V povprečju so anketiranci rešili anketo v 18 minutah.

Udeleženci so v raziskavi sodelovali prostovoljno. Dovoljenje smo pridobili od vodstva šole, staršev udeležencev in tudi samih udeležencev.

Za obdelavo pridobljenih podatkov smo uporabili program IBM SPSS Statistic for Windows, verzija 20.

2.4 Opis instrumenta

Za potrebe naše raziskave je bil pripravljen merski instrumentarij v obliki anketnega vprašalnika. Vprašanja smo oblikovali po analizi katalogov znanj predmetov varovanja zdravja, zdravstvena vzgoja in prva pomoč ter zdravstvena vzgoja, za srednješolske programe: zdravstvena nega, zobotehnik, kozmetični tehnik, farmacevtski tehnik in tehnik laboratorijske biomedicine. Vprašalnik je vseboval 15 vprašanj, ki preverjajo zdravstveno pismenost, od tega 9 vprašanj zaprtega tipa in 6 vprašanj odprtega tipa. Najprej nas je zanimalo, kako dijaki sami ocenjujejo svoje zdravstveno znanje in kje najpogosteje iščejo zdravstvene informacije. V vprašalnik smo vključili tudi v svetu uveljavljen prosto dostopen test zdravstvene pismenosti *The newest vital sign* (www.pfizerhealthliteracy.com), ki smo ga prevedli v slovenski jezik in ga prilagodili slovenskim udeležencem raziskave. Vprašalnik je na začetku vseboval 7 demografskih vprašanj: spol, letnik rojstva, šola in smer izobraževanja, letnik šolanja, izobrazba staršev in kraj preživljanja otroštva.

2.5 Opis vzorca

V raziskavi je sodelovalo 110 srednješolcev 3. in 4. letnika novomeških srednjih šol, 48 (43,6 %) dijakov zdravstvene nege in 62 (56,4 %) tistih, ki v svojem srednješolskem programu nimajo predmeta z zdravstvenimi vsebinami. V vzorec niso vključeni dijaki triletnega srednjega poklicnega izobraževanja in dijaki gimnazijskih programov. Med udeleženci je bilo 91 (82,7 %) žensk in 19 (17,3 %) moških. Večina udeležencev (77,3 %) je bilo rojenih v letu 1998, ostali pa v letu 1999 (18,2 %) in letu 1997 (4,5 %).

3 Rezultati

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati naše raziskave za vsako posamezno hipotezo.

Hipoteza 1: Dijaki programa zdravstvene nege dosegajo statistično pomembno več točk na testu iz zdravstvene pismenosti, kot tisti dijaki, ki v svojem srednješolskem programu nimajo predmetov z zdravstvenimi vsebinami.

Ob upoštevanju Kolmogorov-Smirnov testa ($Z = 2,342$, $\alpha = 0,000$) smo ugotovili, da je vrednost Mann - Whitney testa statistično pomembna na ravni $\alpha = 0,000$. S tveganjem manjšim od 0,001 % trdimo, da bi se tudi v osnovni množici pojavile razlike v povprečnem številu točk na testu iz zdravstvene pismenosti med dijaki zdravstvene nege in dijaki, ki v svojem srednješolskem programu nimajo predmeta z zdravstvenimi vsebinami. Dijaki zdravstvene nege bi dosegli višje število točk na testu iz zdravstvene pismenosti ($M = 13,94$) kot dijaki brez predmetov z zdravstvenimi vsebinami ($M = 11,44$). Hipotezo 1 smo potrdili. Nekaj bolj zanimivih rezultatov za posamezno vprašanje pri testu zdravstvene pismenosti smo napisali v nadaljevanju. Veliko odstopanje med dijaki zdravstvene nege in ostalimi dijaki se je pokazalo pri vprašanju, katere od naštetih bolezni so spolno prenosljive. Med 10 ponujenimi odgovori je bilo 5 pravih. 79,2 % dijakov zdravstvene nege je obkrožilo vseh 5 ali 4 pravilne odgovore, pri ostalih srednješolskih programih pa je bilo takih zgolj 27,5 %. Največ jih je

obkrožilo bolezen AIDS, najmanjkrat so dijaki obkrožili bolezen genitalne bradavice, ostali pravilni odgovori so bili zastopani približno enako.

Na vprašanje, katero kontracepcijsko sredstvo je najbolj učinkovito pri zaščiti pred prenosljivimi spolnimi boleznimi, so dijaki zdravstvene nege v 100 % odgovorili pravilno, med ponujenimi odgovori so obkrožili, da je to kondom. Ostali srednješolski programi so pravilno odgovorili v 69,4 %, od napačnih odgovorov pa so največkrat izbrali kontracepcijske tablete. Rezultati na vprašanje simptomov glivične okužbe so pokazali, da večina dijakov prepozna težavo, 93,8 % dijakov zdravstvene nege in 82,3 % dijakov ostalih smeri. Medtem ko je v nadaljevanju na vprašanje, koliko časa traja zdravljenje te težave, večina odgovorila napačno. 79,2 % dijakov zdravstvene nege in 58,1 % ostalih programov, je odgovorilo, da manj kot 3 mesece.

Pri naslednjem vprašanju so imeli udeleženci navedeno nalepko iz embalaže čokoladnih bombonov. S pomočjo napisanih informacij so morali izračunati število kilokalorij, ki jih zaužijejo, če pojejo celotno vsebino bombonov, količino zaužitih nasičenih maščob v gramih in količino ogljikovih hidratov v gramih. Vprašanje, pri katerem so morali izračunati število kilokalorij, je pravilno rešilo 89,6 % dijakov zdravstvene nege in samo 37,1 % dijakov ostalih programov. Količino zaužitih nasičenih maščob v gramih je pravilno rešilo 60,4 % dijakov zdravstvene nege in 19,4 % dijakov ostalih programov.

Hipoteza 2: Dijaki programa zdravstvene nege statistično pomembno višje ocenjujejo lastno zdravstveno znanje, kot tisti dijaki, ki v svojem srednješolskem programu nimajo predmetov z zdravstvenimi vsebinami.

Ob upoštevanju predpostavke o homogenosti varianc ($F = 3,540$, $\alpha = 0,063$) smo ugotovili, da vrednost aproksimativnega t-testa ni statistično pomembna. Na vzorcu se niso pojavile statistično pomembne razlike v samooceni zdravstvenega znanja dijakov zdravstvene nege in ostalih srednješolskih programov. Za osebe, ki so bile vključene v raziskavo pa lahko ugotovimo, da so dijaki zdravstvene nege nekoliko bolje ocenili zdravstveno znanje ($M = 3,73$) kot dijaki ostalih srednješolskih programov ($M = 3,56$). Hipotezo 2 smo zavrnil. Udeleženci so ocenjevali znanje na 5 stopenjski lestvici: odlično, prav dobro, dobro, zadostno, nezadostno. Tako dijaki zdravstvene nege ($M = 4,65$) kot tudi ostalih programov ($M = 4,55$) so najboljše ocenili svoje zdravje s področja higiene. Najslabše so ocenili svoje znanje o duševnih boleznih, dijaki zdravstvene nege v povprečju z oceno 2,90, podobno pa tudi dijaki ostalih programov s povprečno oceno 2,89.

Hipoteza 3: Dijaki, ki največ zdravstvenih informacij pridobijo v šoli pri pouku, dosegajo statistično pomembno več točk na testu iz zdravstvene pismenosti, kot tisti, ki največ zdravstvenih informacij pridobijo od staršev, vrstnikov, medijev ali zdravstvenih delavcev.

Ob upoštevanju predpostavke o homogenosti varianc ($F = 1,328$, $g^1 = 5$, $g^2 = 104$, $\alpha = 0,258$) je enosmerna analiza variance – anova med anketiranci, ki največ zdravstvenih informacij pridobijo od staršev, v šoli pri pouku, od vrstnikov, medijev ali od zdravstvenih delavcev pokazala statistično pomembne razlike v povprečnem šte-

vilu doseženih točk na testu iz zdravstvene pismenosti ($F = 2,537$, $\alpha = 0,033$). Tukey HSD Post Hoc test je pokazal statistično pomembne razlike med anketiranci, ki največ zdravstvenih informacij pridobijo v šoli pri pouku in tistimi, ki največ zdravstvenih informacij pridobijo iz medijev ($\alpha = 0,020$), med drugimi primerjavami ni statistično pomembnih razlik. S tveganjem 3,3 % trdimo, da bi tudi v osnovni množici na testu iz zdravstvene pismenosti dijaki, ki največ zdravstvenih informacij pridobijo v šoli pri pouku, dosegli višje število točk ($F = 13,67$) kot tisti, ki največ informacij pridobijo iz medijev ($F = 11,30$). Našo hipotezo smo tako potrdili.

4 Razprava

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšen je nivo zdravstvene pismenosti dijakov zdravstvene nege v jugovzhodni Sloveniji in če so zaradi zdravstvenih informacij, ki jih pridobijo tekom šolanja, bolj zdravstveno pismeni od dijakov, ki v svojem srednješolskem programu nimajo predmeta namenjenega zdravstvenim temam. Prvo hipotezo, ki pravi, da so dijaki zdravstvene nege bolj pismeni od dijakov drugih srednješolskih programov smo potrdili. Glede na to, da se dijaki zdravstvene nege pri strokovnih predmetih večino časa ukvarjajo z zdravjem in zagotavljanjem le-tega, je seveda to tudi pričakovano. Če bi dokazali nasprotno, bi se morali verjetno vprašati, kaj je razlog za tak rezultat oziroma, kaj je v njihovem programu izobraževanja potrebno spremeniti, da bi dosegli cilj, po srednji šoli zdravstveno izobražen kader, ki mora biti seveda tudi zdravstveno pismen, višje od ostale populacije.

Poklic, za katerega se izobražujejo dijaki zdravstvene nege, je precej povezan tudi s svetovanjem pacientom, pomanjkljivo zdravstveno pismen posameznik pa lahko daje precej dvomljive nasvete. Pri reševanju testa iz zdravstvene pismenosti so dijaki zdravstvene nege pokazali precej več znanja predvsem pri spolnih boleznih in preprečevanju le-teh kot dijaki ostalih srednješolskih programov. Precej zaskrbljujoče pa je, da so ostali srednješolski programi vključeni v raziskavo kar v 30,6 % odgovorili napačno na vprašanje, katera kontracepcijska metoda nudi najboljšo zaščito pred prenosljivimi spolnimi boleznimi, medtem ko jih je kar 41,9 % teh istih dijakov ocenilo svoje znanje na temo spolnosti z oceno prav dobro. Raziskava izvedena v letu 2004 je pokazala, da je 54 % deklet in 52 % fantov v 3. letniku srednje šole že spolno aktivnih (Žalar, Leskovšek, Čeh in Cugmas, 2013), zato je nepoznavanje še toliko bolj alarmantno. Tukaj lahko vidimo, da je v okviru spolne vzgoje v šoli potrebno postoriti še veliko. Glede na rezultate raziskave pa imajo dijaki zdravstvene nege pomanjkljivo znanje na temo stresa. 41,7 % udeležencev ni pravilno diagnosticiralo, da so opisani simptomi povezani s stresom, za primerjavo, dijaki ostalih srednješolskih programov so nalogo napačno rešili v 33,9 % primerih. Glede na to, da je stres povezan z večino bolezni, ki jih povezujemo z današnjim načinom življenja, bi morali biti bodoči srednji zdravstveniki in srednje medicinske sestre zelo dobro podučeni o simptomih stresa, kako zaznati stres in kako ukrepati, da ga zmanjšamo. Razlog za to pa ni samo v tem, da pomagajo pacientom, ki so pod stresom, ampak tudi v tem, da ga bodo znali prepoznati

in zmanjšati tudi pri sebi in sodelavcih. Služba zdravstvenika in medicinske sestre je ena od bolj stresnih, saj se srečujejo s težkimi življenjskimi situacijami, tudi smrtjo. Tudi povprečna samoocena znanja o stresu je bila nižja od ostalih samoocen, kar nakazuje na to, da se tudi sami zavedajo manjka v znanju. Največ težav pri reševanju so imeli tako dijaki zdravstvene nege kot tudi dijaki ostalih srednješolskih programov pri reševanju nalog, ki so zahtevale nekoliko matematičnega znanja in logičnega razmišljanja, in kjer so si morali pomagati z informacijami, ki jih najdejo na embalaži živil. Glede na to, da so to spretnosti, ki jih potrebujejo v vsakdanjem življenju, je to seveda tudi informacija, da bi jih bilo potrebno bolj poučevati o tej temi. Z naraščanjem števila prekomerno težkih posameznikov, kot tudi bolnikov, ki potrebujejo dietno prehrano, tudi med mladimi, je to seveda vse prej kot nepomembno. Pri samoocenjevanju znanja o zdravstvenih temah smo ugotovili, da dijaki ocenjujejo znanje zelo podobno glede na smer izobraževanja. Najmanjšo samooceno so dijaki zdravstvene nege kot tudi ostali podali za znanje o duševnih boleznih. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije se je od leta 2005 do 2015 pogostost pojava depresije povečala za 18 %, več kot 5 % žensk in približno 3,5 % moških v evropski regiji trpi za to boleznijo. Duševne bolezni pa so pogosto še vedno tabu tema in ravno v šoli bi lahko te tabuje razbijali, se o duševnih boleznih pogovarjali več, da bi jih dijaki znali prepoznati pri sebi in bližnjih, saj so najlažje ozdravljive, če so prepoznane zgodaj.

Zdravstvena pismenost in njene posledice so v svetu čedalje bolj poudarjene in tudi raziskane. V Sloveniji se je koncept zdravstvene pismenosti šele začel razvijati in prav veliko raziskav na to temo nimamo. V raziskavi smo se osredotočili na zdravstveno pismenost srednješolcev v jugovzhodni Sloveniji, primerjali smo zdravstveno pismenost dijakov zdravstvene nege in dijakov ostalih srednješolskih programov. Prvo in glavno hipotezo, da so dijaki zdravstvene nege v jugovzhodni Sloveniji bolj zdravstveno pismeni od ostalih, smo potrdili.

Ugotovili smo, da za naš vzorec ne velja, da so bolj zdravstveno pismeni srednješolci bolj izobraženih staršev in da so bolj zdravstveno pismeni srednješolci, ki so odraščali v mestu. Kaj je razlog temu, bi bilo potrebno še dodatno raziskati, z našimi podatki do teh odgovorov nismo prišli. Naša raziskava pa ima seveda tudi nekaj pomanjkljivosti. Omejili smo se zgolj na dijake jugovzhodne Slovenije. Za bolj točne podatke, ki bi jih lahko posplošili na celotno Slovenijo, bi bilo potrebno raziskavo razširiti tudi na ostale regije. Večji in bolj reprezentativen vzorec bi omogočil lažje potrjevanje ali zavračanje tudi hipotez, ki jih v tej raziskavi nismo mogli posplošiti na osnovno množico.

LITERATURA

1. Babnik, K., Štemberger Kolnik, T. in Bratuž, A. (2013). Zdravstvena pismenost: stanje koncepta in nadaljnji razvoj z vključevanjem zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 47, 62–73.
2. Begoray, D. L., Wharh - Higgins, J. in MacDonald, M. (2009). High school health curriculum and health literacy: Canadian student voices. *Global health promotion*, 16, 35–42.
3. Diamond, C., Saintonge, S., August, P. in Azrack, A. (2011). The development of Building Wellness, a youth health literacy program. *Journal of Health Communication*. 16, 103–118.

4. Haun, J. N., Patel, N. R., French, D. D., Campbell, R. R., Bradham, D. D. in Lapcevic, W. A. (2015). Association between health literacy and medical costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. *BMC Health Service Research*, 1–11.
5. Health education. (b. d.) Pridobljeno dne 14. 11. 2016, s http://www.who.int/topics/health_education/en/.
6. Hoyer, S. (2005). *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.
7. Hubbard, R. C. The Newest Vital Sign, (b. d.), Pridobljeno dne 26. 11. 2016, s <http://www.pfizerhealthliteracy.com>.
8. Kamin, T. (2011). *Promocija zdravja. Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
9. Kamin, T. in Tivadar, B. (2008). *Komunikacijske smernice za promocijo zdravega prehranjevanja med mladimi. Zdrav življenjski slog srednješolcev. Priročnik za učitelje*, 77–80.
10. Katalog znanja: Varovanje zdravja (b. d.) Pridobljeno dne 20. 11. 2016, s <http://www.cpi.si/izobrazevalni-programi/novi-in-prenovljeni-studijski-ter-izobrazevalni-programi.aspx>.
11. Kirsch, I. S., Jungebut, A., Jenkins, L. in Kolstad, A. Low Health Literacy Skills Increase Annual Health Care Expenditures by \$73 Billion. (b. d.). Pridobljeno dne 11. 2. 2017, s <http://hpi.georgetown.edu/agingsociety/pubhtml/healthlit.html>.
12. Kojić, T. (2013) *Izsledki raziskave zdravstvena pismenost v Sloveniji*. Zavod Viva.
13. Manganello, J. A. (2007). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health education research*, 23, 840–847.
14. Mantwill, S. in Schulz, P. J. (2015). Low health literacy associated with higher medication costs in patients with type 2 diabetes mellitus: Evidence from matvhed survey and health insurance data. *Patient Education & Counseling*, 98, 1625–1630.
15. Nordheim, L. V., Gundersen, M. W., Espehaug, B., Guttersrud, O. in Flottorp, S. (2016). Effects of School-Based Educational Intervention for Enhancing Adolescents Abilities in Critical Appraisal of Health Claims: A Systematic Review. *Plos One*, 1–21.
16. Perry, E. L. (2014) Health literacy in adolescents: an integrative review. *Journal for Specialist in Pediatric Nursing*, 19, 210–218.
17. Steckelberg, A., Hulfenhaus, C., Kasper, J. in Muhlhauser, I. (2009). Ebm@school – A curriculum of critical health literacy for secondary school students: Results of a pilot study. *International Journal of Public Health*, 54, 158–165.
18. The mandate for health literacy. (b. d.) Pridobljeno dne 20. 11. 2016, s <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy/en/>.
19. Wu, A. D., Begoray, D. L., Macdonald, M., Higgins, J. W., Frankish, J., Kwan, B., Fung, W. in Rootman, I. (2010). Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students. *Health Promotion International*, 25, 444–452.
20. Ye, X., Yao, Z., Liu, W., Fan, Y., Xu, Y. in Chen, S. (2014) Path Analysis to Identify Factors Influencing Health Skills and Behaviours in Adolescents: A Cross-Sectional Survey. *Plos One*, 9, 1–5.
21. Žalar, A., Leskovšek, E., Čeh, F. in Cugmas, M. (2013). *Spolna vzgoja v okviru vzgoje za zdravje v slovenskih srednjih šolah*, Inštitut za varovanje zdravja. Znanstvena monografija.

Stališča študentov do inkluzivnega visokošolskega izobraževanja gibalno oviranih

UDK 378.091.8-056.26

KLJUČNE BESEDE: študenti, posebne potrebe, gibalno ovirani študenti, inkluzija, stališča

POVZETEK - Število gibalno oviranih študentov na univerzah narašča, zaradi česar je treba zanje pedagoško delo ustrezno prilagoditi po načelih inkluzivnega visokošolskega izobraževanja. Da bi zagotovili njihovo čim večjo uspešnost pri študiju, je treba sistemsko ukrepati, hkrati pa osebje in ostale študente tudi pravilno seznaniti s posebnimi potrebami gibalno oviranih študentov. Cilj raziskave je bil analiza stališč študentov brez posebnih potreb in gibalno oviranih študentov do inkluzivnega visokošolskega izobraževanja gibalno oviranih, glede na smer in jakost ter razlike v stališčih obeh skupin. Razkrivali smo stereotipne trditve, ki pogosto onemogočajo polno vključitev gibalno oviranih v študijski proces. Raziskavo smo izvedli po deskriptivni in kavzalno-neeksperimentalni metodi. Na podlagi dobljenih rezultatov želimo podati smernice za krepitev realnih stališč in empatije vrstnikov do gibalno oviranih študentov ter vplivati na družbeno osveščenost o gibalno oviranih študentih v slovenskem prostoru. Stališča do gibalno oviranih študentov se razvijajo hkrati z izkušnjami, izobraževanjem in prilagajanjem, pri gibalno oviranih in pri ostalih študentih. Razvoj pozitivnih stališč zahteva osebni razvoj posameznika in celotne družbe.

UDC 378.091.8-056.26

KEY WORDS: higher education students, students with physical disabilities, inclusion, attitudes

ABSTRACT - The number of students with physical disabilities at universities is increasing, therefore, it is necessary to adapt educational process according to the principles of inclusive higher education. To ensure maximum performance of students with physical disabilities in their studies, it is necessary to make certain systemic actions, while also properly inform and educate staff and other students regarding the special needs of students with physical disabilities. The aim of the study was to analyse the attitudes of students without special needs and students with physical disabilities towards inclusive higher education of students with physical disabilities. The research was carried out using the descriptive and causal-experimental method. With our research we determined attitudes towards inclusive higher education of students with physical disabilities and the structure of attitudes according to the direction and intensity, as well as differences in the positions of both parties. We also revealed the stereotypical arguments often preventing full integration of students with physical disabilities in the study process. Based on the results we would like to strengthen the real attitudes and empathy of their peers towards students with physical disabilities, and affect the social awareness of the latter in the Slovenian territory. Attitudes towards students with physical disabilities are being developed simultaneously with the experience, education and adjustment on both sides. The development of positive attitudes requires personal development of both individuals and society as a whole.

1 Študenti s posebnimi potrebami

Skupina študentov s posebnimi potrebami je izrazito raznolika populacija. Razlike so glede potreb znotraj te skupine precej večje kot razlike med ostalo študentsko populacijo. Prav tako ni enovite definicije, kdo sodi med študente s posebnimi potrebami. Univerze in fakultete v svojih statutih in pravilnikih same določajo, kdo so študentje s posebnimi potrebami oziroma študentje invalidi in katere prilagoditve jim zagotavlja-

jo. Zakon o usmerjanju otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami (2011) opredeljuje otroke z motnjami v duševnem razvoju, slepe in slabovidne otroke oziroma otroke z okvaro vidne funkcije, gluhe in naglušne otroke, otroke z govorno-jezikovnimi motnjami, gibalno ovirane otroke, dolgotrajno bolne otroke, otroke s primanjkljaji na posameznih področjih učenja, otroke z avtističnimi motnjami ter otroke s čustvenimi in vedenjskimi motnjami. Razvrstitev lahko smiselno upoštevamo tudi za populacijo študentov s posebnimi potrebami.

1.1 Gibalno ovirani študenti

Gibalno ovirane osebe imajo prirojene ali pridobljene okvare, poškodbe gibalnega aparata, centralnega ali perifernega živčevja. Gibalna oviranost se odraža v obliki funkcionalnih gibalnih motenj.

Ob naraščanju števila gibalno oviranih študentov na univerzi se prilagaja pedagoško delo po načelih inkluzivnega visokošolskega izobraževanja (Grossman, 2008). Za čim večjo uspešnost gibalno oviranih študentov pri študiju je potrebno izvajanje sistemskih ukrepov. Ob tem je nujna ustrezna informiranost in izobraževanje osebja, kakor tudi ostalih študentov o samih posebnih potrebah gibalno oviranih študentov. Ključno vlogo na uspešni študijski poti pa imajo gibalno ovirani sami, ki prevzemajo odgovornost za svoje odločitve. Ob tem se morajo maksimalno aktivirati in ne postavljati v podrejeni položaj (Bera in Nedeljkovič, 2007). Gibalno oviran študent je sam odgovoren za svojo študijsko in življenjsko pot, hkrati ob zagotovljenih pogojih za preseganje posebnih potreb. Usmerjenost mora biti v sposobnosti, ne pa v oviranost. Gibalno oviranega študenta moramo upoštevati kot enakopravnega in odgovornega člana družbe, hkrati pa od njega več pričakovati in zahtevati. Znanje je najmočnejše orodje in v dobi informacijske tehnologije so lahko gibalno ovirani močnejši, spretnejši in bolj konkurenčni kot kdaj koli prej (Bera, 2006b).

Ob večanju števila gibalno oviranih študentov se tako izboljšuje arhitektonska dostopnost fakultet in visokošolskih institucij (Bera, 2010). Precej manj je narejeno na področju odpravljanja informacijskih in komunikacijskih ovir, ki ovirajo sam študijski proces in jih je mogoče z inkluzivnimi metodami izvajanja študija in poučevanja zmanjšati ali odpraviti. Na začetku uresničevanja vključevanja oseb s posebnimi potrebami je pomembno stališče pedagoških delavcev in vrstnikov do teh oseb. Od uspešnega vključevanja gibalno oviranega študenta je odvisna njegova dosežena stopnja izobrazbe in znanje. Preseči moramo stereotipen pogled na invalidnost oziroma posebne potrebe. Če resnično želimo razvijati pozitivna stališča do gibalno oviranih študentov, moramo v bistvu spremeniti celotno dojemanje oseb s posebnimi potrebami, kot so pomilovanje, postavljanje oseb s posebnimi potrebami v vlogo nemočnega, ki se ne morejo sami odločati zase, zbiranje dobrotelnih sredstev na osnovi čustvene komponente darovalcev ipd.

1.2 Študij gibalno oviranih študentov

Ko gibalno oviran mladostnik zaključi srednješolsko izobraževanje, se znajde pred čisto novim izzivom. Sam si mora poiskati stanovanje ali si urediti bivanje v študent-

skem domu, poiskati osebno asistenco in si priskrbeti prevoz do fakultete ter finančna sredstva za pokrivanje vseh teh stroškov, ki so lahko precej visoki. Prav tako se pogosto ne more vpisati na fakulteto po lastni izbiri in želji, ampak se mora odločiti glede na urejenost pogojev študija, ki jih potrebuje zaradi svojih posebnih potreb, kot na primer dostopnost, terenske vaje, laboratorijske vaje (Sevčnikar, 2014).

1.3 Društvo študentov invalidov Slovenije

Za interese in izboljšanje položaja študentov s posebnimi potrebami si prizadeva Društvo študentov invalidov Slovenije. Združuje študente s posebnimi potrebami in nudi informacije glede dostopnosti fakultet, možnosti nastanitve, pravno pomoč ter organizacijo prevozov s prilagojeni vozili in osebno asistenco. Prav tako sodeluje z vladnimi in nevladnimi organizacijami za čim uspešnejše odpravljanje ovir, s katerimi se študentje s posebnimi potrebami srečujejo v času študija (Bera, 2006a).

2 Metoda

Cilj raziskave je bil analiza stališč študentov brez posebnih potreb in gibalno oviranih študentov do inkluzivnega visokošolskega izobraževanja gibalno oviranih. Raziskavo smo izvedli po deskriptivni in kavzalno – neeksperimentalni metodi. Z raziskavo smo ugotovili stališča do inkluzivnega visokošolskega izobraževanja gibalno oviranih glede na smer in jakost, strukturo stališč glede na smer in jakost ter razlike v stališčih obeh skupin in razkrivali stereotipne trditve, ki pogosto onemogočajo polno vključitev gibalno oviranih v študijski proces.

V raziskavo je bil vključen vzorec 178 oseb, razdeljen na dva podvzorca. Prvi podvzorec je zajemal 89 gibalno oviranih študentov s statusom študenta s posebnimi potrebami, ki študirajo na Univerzi v Ljubljani, Univerzi v Mariboru, Univerzi na Primorskem in drugih samostojnih visokošolskih zavodih v Sloveniji. Drugi podvzorec je zajemal 89 študentov brez posebnim potreb, ki študirajo na Univerzi v Ljubljani. Skupini sta bili podobni po kontrolnih spremenljivkah spolna struktura in starost.

V ta namen je bil uporabljen inštrumentarij - anketni vprašalnik, ki je vseboval trditve o vključevanju gibalno oviranih študentov v študijski proces. Vseboval je petdeset trditev.

Vsebina variabel (indikatorji stališč) je vključevala pet temeljnih področij, ki so relevantni za oceno stališč študentov: pripravljenost fakultet za vključitev gibalno oviranih študentov v študijski proces, sposobnost obvladovanja študijskega programa, osebnostne značilnosti gibalno oviranih študentov, uspešnost pri vzpostavljanju socialnih stikov gibalno oviranih študentov z ostalimi študenti, področje oblike pomoči za gibalno ovirane študente pri študiju.

Vsako področje je predstavljalo 10 trditev. Spremenljivke so bile vrednotene s petstopenjsko lestvico, kjer so se anketiranci opredelili za enega od ponujenih odgovorov, pri čemer je višja ocena pomenila višjo stopnjo strinjanja s trditvijo.

3 Rezultati

Stališča do gibalno oviranih študentov se razvijajo hkrati z izkušnjami, izobraževanjem in prilagajanjem na obeh straneh, tako pri gibalno oviranih študentih kot pri ostalih študentih. Razvoj pozitivnih stališč zahtevajo osebni razvoj tako posameznika kot družbe v celoti.

Statistično pomembne razlike v stališčih med študenti brez posebnih potreb in gibalno oviranimi študenti so se pokazale glede pripravljenosti fakultet na vključitev gibalno oviranih študentov v študijski proces. Fakultete in visokošolski zavodi se sicer trudijo odpravljati arhitekturne ovire, vendar pa nekatere prilagoditve niso uporabne ali so za fakulteto prevelik finančni zalogaj. Študenti brez posebnih potreb pri vključevanju na fakultete ne potrebujejo posebnih prilagoditev in morda tudi zato ne opazijo potrebnih prilagoditev za gibalno ovirane študente. Morda je razlog tudi v majhnem odstotku gibalno oviranih študentov na fakulteti in s tem posledično imajo ostali študenti premalo izkušenj z njimi.

Analiza rezultatov je pokazala, da ni statistično pomembne razlike v stališčih med študenti in gibalno oviranimi študenti glede sposobnosti gibalno oviranih za obvladovanje študijskega programa. Večje število gibalno oviranih diplomantov v zadnjih letih dokazuje, da so prav tako uspešni pri študiju kot ostali študentje. Znanje je najmočnejše orodje gibalno oviranih, ki ga v dobi računalnikov in interneta lažje pridobivajo kot kdaj koli prej. S pomočjo sodobne informacijske tehnologije gibalno ovirani študentje lažje sledijo študijskemu programu in morda se zato razlike niso izkazale.

Največje ovire gibalno oviranih študentov pri študiju niso ovire v okolju, torej grajene oziroma arhitekturne ovire, temveč ovire v načinu predavanja in opravljanju študijskih obveznosti, torej ovire v samem študijskem procesu. Skozi prakso na področju gibalno oviranih študentov smo ugotovili, da predstavljajo težavo dolžina predavanj, način podajanja snovi, praktično delo, predstavitve itd. Prav tako predstavlja nemalo ovir samo opravljanje izpitov, seminarjev in drugih samostojnih študijskih obveznosti. Določena aktivnost, ki ostalim študentom ne predstavlja posebne težave, je lahko za gibalno oviranega študenta skoraj nepremostljiva ovira.

Statistično pomembne razlike v stališčih med gibalno oviranimi študenti in ostalimi študenti so se pokazale na področju osebnostnih značilnosti gibalno oviranih študentov. Gibalna oviranost pomeni na zunaj vidno motnjo, ki je v okolju opazna. Kar pa ne pomeni nujno, da gibalno ovirani študentje niso srečni, pogumni, da se ne ukvarjajo s športom, da si želijo biti obravnavani na enak način kot ostali študentje, da niso nadarjeni ipd.

Oviranost se odraža kot odziv družbe na posameznikovo doživljanje stanja in vključuje kulturne norme, stališča in odzive tistih v družbi, ki niso ovirani, odstopanja v funkcionalnosti zgradb, učinkovitost zakonodaje in strokovnih služb. Pomeni pogled neke družbe na osebe z oviranostmi in kaže njihovo pripravljenost za pomoč in razumevanje teh oseb. Ta pogled pa je v našem izobraževalnem prostoru še vedno tog in precej omejen.

Prav tako so se pokazale statistično pomembne razlike v stališčih med gibalno oviranimi študenti in ostalimi študenti glede vzpostavljanja socialnih stikov gibalno oviranih študentov z ostalimi študenti. Komunikacijske ovire predstavljajo večjo težavo kot same arhitekturne ovire. Še vedno so zakoreninjeni predsodki do gibalno oviranih študentov, hkrati pa imajo ostali študentje premalo izkušenj z njimi.

Največjo vlogo pri premagovanju ovir v socialnih stikih pa imajo gibalno ovirani študentje sami. Tudi študentje z najtežjimi gibalnimi oviranostmi potujejo po svetu, opravljajo različna dela preko študentskega servisa, obiskujejo razne kulturne prireditve, se udeležujejo različnih izobraževanj, trenirajo različne športe. V zadnjih letih se je marsikaj spremenilo. Položaj glede prilagojenosti in pravic se izboljšuje, obštudijskih dejavnosti je vedno več.

Statistično pomembne razlike v stališčih med gibalno oviranimi študenti in ostalimi študenti so se pokazale tudi glede pomoči za gibalno ovirane študente pri študiju. Univerze in fakultete nimajo enotnih pravilnikov o oblikah pomoči in pravicah gibalno oviranih študentov. Omenjeno dejstvo zagotovo predstavlja dodatno energijo, ki jo morajo gibalno ovirani vlagati za pridobitev osnovnih pogojev za študij v primerjavi z ostalimi študenti brez posebnih potreb.

Morda je to tudi razlog, da so posledično manj zahtevni in bolj zadovoljni s ponujenimi oblikami pomoči, hvaležni, da imajo sploh možnost študija. Čas in energijo usmerjajo k izobraževanju. Prav tako je morda razlog v nepoznavanju oblik pomoči za gibalno ovirane s strani ostalih študentov.

S faktorško analizo smo latentne faktorje primerjali med skupinama študentov brez posebnih potreb in gibalno oviranimi študenti ter ugotavljali strukturne razlike pri vključevanju gibalno oviranih študentov na fakulteto. Z njo smo pojasnili 66–73 % variance sistema. Dala nam je po dva povezana, a vsebinsko različna faktorja za vsako skupino. Prvi faktor pri skupini gibalno oviranih študentov, ki pojasnjuje največ variance sistema, smo poimenovali socialni faktor. Drugi faktor pri gibalno oviranih študentih pa smo poimenovali faktor vključitve. Latentne strukturne razlike pri vključevanju gibalno oviranih študentov na fakulteto, se razlikuje od študentov brez posebnih potreb. Prvi faktor pri skupini študentov brez posebnih potreb, ki pojasni največ variance sistema, smo poimenovali osebnostni faktor, drugega pa faktor pomoči.

V diskriminativno analizo smo določili spremenljivke stališč do inkluzivnega visokošolskega izobraževanja gibalno oviranih študentov glede na mnenja gibalno oviranih študentov in študentov brez posebnih potreb in določili spremenljivke, ki najbolj ločujejo omenjeni skupini. Rezultati kažejo, da diskriminira od vseh spremenljivk najbolj socialni stiki. Ostale spremenljivke v razlikovanju tudi doprinašajo, vendar v manjših deležih. Diskriminativna funkcija uspe razvrstiti 57,3 % oseb.

4 Razprava

Na podlagi dobljenih rezultatov želimo krepiti realna stališča in empatijo vrstnikov do gibalno oviranih študentov in vplivati na družbeno osveščenost o gibalno oviranih študentih v slovenskem prostoru. Rezultati raziskave bodo prispevali k večjemu zavedanju o posebnih potrebah in ovirah, s katerimi se srečujejo gibalno ovirani študentje in pripravi strategij za premagovanje teh ovir in tako izboljšati možnosti za uspešen študij gibalno oviranih študentov ter prispevati h kakovostnejšemu študijskemu procesu za vse študente. Obstoj preprek, fizičnih, komunikacijskih in človeških poglobljajo njihovo oviranost in povečujejo odvisnost. Pozitivne izkušnje fakultet in ostalih študentov z gibalno oviranostjo pa predstavljajo vedno boljše možnosti tudi za vse tiste gibalno ovirane študente, ki se bodo šele vpisali na fakultete v prihodnjih letih. Postopek od izključevanja do vključevanja je na področju izobraževanja dolgotrajen. Vendar uspehi opogumljajo tako gibalno ovirane študente kot tudi fakultete in ostale študente.

Že pred samim vpisom na fakulteto si mora gibalno oviran dijak v sodelovanju s strokovno službo srednje šole, ki jo zaključuje oziroma s svetovalcem iz fakultete ali Društva študentov invalidov osvetliti naslednja vprašanja, ki pomembno vplivajo na študij: s kakšno gibalno oviranostjo se sooča in kako bi le-ta lahko vplivala na sam proces študija; pričakovanja o izbranem študijskem programu; kakšne so njegove dosedanje izobrazbene in zaposlitvene izkušnje; kakšen je program, na katerega se vpisuje, kakšen je način študija, poučevanja in ocenjevanja.

Dober primer spremljanja gibalno oviranih študentov od vpisa na fakulteto do zaključka študija predstavlja Pravilnik o študentih s posebnimi potrebami na Univerzi na Primorskem (2008), ki natančno določa pridobitev statusa, posebne prilagoditve in pravice gibalno oviranih študentov kakor tudi ostalih študentov s posebnimi potrebami.

Vprašamo se lahko, kakšna je nadaljnja pot gibalno oviranih diplomantov. Kako bodo svoje znanje uspeli prenesti na trg delovne sile? Kakšne so njihove možnosti za zaposlitev na področju, za katerega so se izobraževali? Nadaljnje raziskovanje bi bilo smiselno usmeriti tudi na zaposlovanje gibalno oviranih diplomantov oziroma njihova nadaljnjo poklicno pot. Tako bi lahko ugotovili dejansko stanje o možnostih zaposlitve in že gibalno ovirane dijake usmerili na področja študija, ki ponujajo večje možnosti zaposlitve in tako finančno neodvisnost v prihodnosti.

Dobro bi bilo preučiti tudi okolje, v katerem živijo gibalno ovirani študenti in ugotoviti doprinos teh faktorjev k uspešnosti pri študiju in nadaljnji zaposlitvi. Tudi skozi prakso smo pri posameznih gibalno oviranih študentih v Sloveniji ugotovili, da je zaposlitev v rednih podjetjih po študiju skoraj nemogoča. Večina diplomantov se zaposli v invalidskih organizacijah in invalidskih podjetjih. Vsekakor pa imajo z večjim znanjem vedno boljše možnosti tudi na trgu delovne sile. Poleg systemskega spodbujanja zaposlovanja gibalno oviranih pa je njihov uspeh na trgu delovne sile odvisen prav od gibalno oviranih diplomantov samih.

LITERATURA

1. Bera, A. (2006). Enakovreden študij. Ljubljana: Društvo študentov invalidov Slovenije.
2. Bera, A. (2006). Priročnik za študente s posebnimi potrebami. Ljubljana: Društvo študentov invalidov Slovenije.
3. Bera, A. (2010). StuDis – Razvijanje inkluzivnega visokošolstva na Univerzi v Ljubljani. Ljubljana: Društvo študentov invalidov Slovenije.
4. Bera, A. in Nedeljkovič, M. (2007). Vodnik za delo s študenti invalidi. Ljubljana: Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani.
5. Grossman, D. L. (2008). Democracia, citizenship education and inclusion: A multidimensional approach (elektronska izdaja). *Prospects*, 38, 3546.
6. Sevcnikar, N. (2014). Stališča študentov do inkluzivnega visokošolskega izobraževanja gibalno oviranih. Ljubljana: Pedagoška fakulteta v Ljubljani.
7. Zakon o usmerjanju otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami. (2011). Uradni list Republike Slovenije, št. 58.

Ravnanje voznikov motornih vozil s kompletom prve pomoči po preteku roka uporabe

UDK 796.7-051:628.4

KLJUČNE BESEDE: komplet prve pomoči, vozniki, motorna vozila, odpadki, ravnanje

POVZETEK - V Sloveniji je z zakonom predpisan kot obvezni del opreme v cestnem prometu tudi komplet za prvo pomoč, kar pomeni, da mora biti v približno 1.425.000 registriranih cestnih motornih vozilih. Rok uporabe kompleta je 5 let. Ravnanje s kompletom, ki mu je potekel rok uporabe, je prepuščeno voznikom. Od njih je odvisno, ali približno 285.000 kompletov prve pomoči letno postane nekoristen odpadke in breme ali uporaben pripomoček oz. surovina. Namen raziskave je bil ugotoviti, kaj storijo vozniki motornih vozil s kompletom po preteku roka uporabe. Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo anonimnega anketnega vprašalnika. Raziskovalni vzorec je zajemal 200 voznikov motornih vozil. Polovica anketiranih shrani celoten komplet ali vsaj njegove posamezne sestavine, 13 % pa komplet zavrže. 75 % tistih, ki komplet zavržejo, navaja, da poskušajo vsebine kompleta ločevati. Njihovo ravnanje ni odvisno od spola, starosti ali izobrazbe. 77 % anketiranih ni še nikoli dobilo informacije o tem, kaj storiti s kompletom za prvo pomoč, ki mu preteče rok uporabe, 24 % jih roka uporabe niti ne preverja. Komplet za prvo pomoč po preteku roka ni le neuporaben odpadke, česar se zaveda večina anketiranih, saj komplet shranjujejo. Spodbudno je, da tudi tisti, ki ga zavržejo, vsebino kompleta ločujejo glede na vrsto odpadka. Da bi zadostili politiki trajnostnega ravnanja z odpadki, bi potrebovali konkretna priporočila, kako ravnati s kompletom prve pomoči, ki mu je pretekel rok uporabe.

UDC 796.7-051:628.4

KEY WORDS: first aid kit, motor vehicle drivers, waste, handling

ABSTRACT - First aid kit is a mandatory part of motor vehicle equipment in Slovenia, as laid down by law. It means that it is an obligatory kit in approximately 1,425,000 registered road motor vehicles. The shelf life of the first aid kit is 5 years. How to deal with the kit after its expiration date is primarily a driver's decision. Their behaviour decides whether around 285,000 first aid kits become useless waste and burden, or a useful expedient and raw material. The purpose of research was to investigate what motor vehicle drivers do with their first aid kit after its expiration date. Data gathering was performed by an anonymous questionnaire. The research sample included 200 motor vehicle drivers. Half of the respondents store the entire first aid kit or at least one individual component, while 13% discard it. 75% of those who throw it away say that they try to separate its content according to the type of waste. Their behaviour does not depend on gender, age or education. 77% of respondents have never received any information about what to do with the kit after its expiration date. 24% of them do not even check the expiration date. An expired first aid kit is not just useless waste, and most respondents are aware of the fact. Even those who throw it away, separate its contents, which is encouraging. Furthermore, we would need ideas and unambiguous recommendations how to handle the expired first aid kit in order to follow a sustainable waste management policy.

1 Teoretična izhodišča

Na podlagi Pravilnika o kompletu za prvo pomoč, ki spada v obvezno opremo motornih vozil (2004) in Pravilnika o delih in opremi vozil (2013), je del obvezne opreme v cestnem prometu v Sloveniji tudi komplet za prvo pomoč, s katerim si lahko dajalec prve pomoči pomaga pri oskrbi poškodovanih v prometnih nesrečah. Komplet prve pomoči mora biti v vsakem od približno 1.425.000 registriranih cestnih motornih vozil (Kmetič, 2016). Vsebina slovenskega je istovetna vsebini kompletov prve pomoči

Hrvaške in Srbije ter zelo podobna vsebini kompletov Madžarske in Nemčije (Škofic, Dolenc in Slabe, 2016).

Vsebina kompleta prve pomoči so pripomočki za obvezovanje in imobilizacijo: komprese za oskrbo ran, sterilni prvi povoji, povoji iz raztegljive tkanine, aluplast za opekline, trikotne rute. Predpisani komplet prve pomoči za avtomobiliste (tabela 1) vsebuje tudi zaščitno folijo za umetno dihanje, rokavice, škarje, obliže, dvostransko metalizirano folijo za zaščito ponesrečenca pred vremenskimi vplivi, zloženko z navodili za dajanje prve pomoči in seznam vsebine. Embalaža kompleta za avtomobiliste mora imeti obliko škatle s predpisanimi zunanjimi merami tlorisa. Komplet mora biti higiensko vzdrževan, zahtevani sterilni materiali pa v nepoškodovani zaprti embalaži in z veljavnim rokom uporabe. Vsak manjkajoči oziroma porabljeni del kompleta je treba čim prej nadomestiti z novim. (Pravilnik o kompletu za prvo pomoč, ki spada v obvezno opremo motornih vozil, 2004)

Tabela 1: Predpisana vsebina kompleta prve pomoči za avtomobiliste

| <i>Predmet</i> | <i>Število kosov</i> |
|--|----------------------|
| Prvi povoj, tip 2 (10 cm x 4 m), sterilen | 3 |
| Prvi povoj, tip 3 (12 cm x 5 m), sterilen | 1 |
| Aluplast za opekline 9 x 15 cm, sterilen | 1 |
| Aluplast za opekline 50 x 80 cm, sterilen | 1 |
| Kompresa 5 x 5 cm, sterilna | 10 |
| Kompresa 10 x 10 cm, sterilna | 6 |
| Povoj iz raztegljive tkanine 8 cm x 4 m | 2 |
| Povoj iz raztegljive tkanine 10 cm x 4 m | 1 |
| Trikotna ruta 100 x 100 x 140 cm | 3 |
| Rokavica (SIST EN 455-1 in 2) | 4 |
| Zaščitna folija za umetno dihanje | 1 |
| Dvostranska metalizirana folija 210 x 160 cm, debelina najmanj 12 µm | 1 |
| Škarje (z zaobljeno konico) | 1 |
| Obliž z blazinico 10 x 8 cm | 5 |
| Obliž 2 cm x 5 m | 1 |
| Navodila za nudenje prve pomoči | 1 |
| Seznam vsebine | 1 |

Vir: Pravilnik o kompletu za prvo pomoč, ki spada v obvezno opremo motornih vozil (2004), Uradni list Republike Slovenije, št. 106.

Rok uporabe kompleta je 5 let, razen če na izdelku ni drugače navedeno (Pravilnik o kompletu za prvo pomoč, ki spada v obvezno opremo motornih vozil, 2004). Ravnanje s kompletom, ki mu je potekel rok uporabe, je prepuščeno voznikom. Letno je treba zamenjati približno 285.000 kompletov prve pomoči. Od voznikov je torej odvisno, ali postane komplet nekoristen odpadke ali pa ga je moč še kako drugače uporabiti. Glede na zahteve predpisov kompleta prve pomoči s pretečenim rokom uporabe ni več dovoljeno uporabljati v prvotni namen, torej za oskrbo poškodb. To je smiselno za material, ki mora biti sterilen (gaze, prvi povoj, aluplast), ne pa za pripomočke, kot so škarje, zaščitna folija za umetno dihanje, rokavice, trikotne rute in dvostranska meta-

lizirana folija, na kar je opozoril že Kmetič (2016). Zaradi nesmiselnih zahtev nastaja preveč nepotrebnih odpadkov.

Evropska unija želi doseči skladnost med industrijsko, okoljsko, podnebno in energetsko politiko ter s tem oblikovati vzpodbudno poslovno okolje za trajnostni razvoj, odpiranje novih delovnih mest in inovacije (European Commission, 2017). S sprejetjem svežnja ukrepov je v letu 2015 postavila temelje za preoblikovanje gospodarstva v skladu s konceptoma trajnostnega razvoja in krožnega gospodarstva (European Commission, 2017). Tako trajnosti razvoj kot tudi prehod v krožno gospodarstvo sta koncepta, s katerima želimo zmanjšati pritisk na omejene surovinske vire in nosilno sposobnost okolja.

Koncepta zato temeljita na principih uporabe energije iz obnovljivih virov, opuščanju uporabe nevarnih kemikalij, zniževanju porabe surovin ter vračanju snovi v snovne zanke in njihovem zapiranju (European Commission, 2015). Odpadki tvorijo pomemben segment tega sistema. Zaradi možnosti kroženja snovi v zaprtih snovnih zankah, lahko tudi določeni izdelki, ko končajo svoj življenjski cikel in niso več uporabni za primarni namen, pomenijo pomemben vir surovin. Hkrati koncept krožnega gospodarstva opredeljuje tudi preprečevanje nastajanja odpadkov s spremembami v sami zasnovi izdelkov, spodbuja ponovno uporabo in oblikovanje novih storitev ter spremembe v potrošniških navadah. Slovenija sledi omenjenim strateškim usmeritvam evropskih politik na področju ravnanja z odpadki (Ministrstvo za okolje in prostor, 2017).

2 Metoda

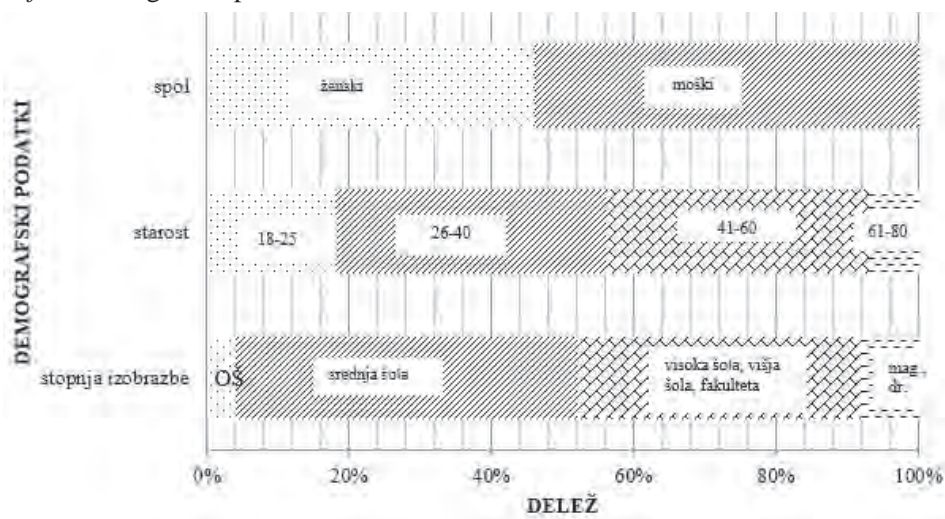
Ker ne vemo, kaj naredijo vozniki s kompleti prve pomoči, ki jim je pretekel rok uporabe, tudi ni mogoče sklepati, kakšne količine odpadkov pri menjavi kompletov dejansko nastajajo. Zato je bil namen raziskave ugotoviti, kako ravnavo vozniki motornih vozil s temi kompleti. Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo anonimnega anketnega vprašalnika v okviru Evropskega srečanja ekip prve pomoči – FACE 2016 v Ljubljani.

Anketni vprašalnik je zajemal demografske podatke in vprašanja zaprtega in polodprtega tipa. Vprašalnik je izpolnilo 200 naključnih obiskovalcev prireditve. Kvantitativno analizo podatkov smo izvedli s programom Microsoft Excel in IBM SPSS Statistics 24. S c2 testom smo ugotavljali statistično značilnost razlik v deležih. Meja za statistično značilne razlike je bila postavljena pri $p < 0,05$.

3 Rezultati

Nekaj več kot polovica (54 %) anketiranih je moškega spola. Največ sodelujočih v raziskavi je starih med 26 in 60 let (75 %), 48 % anketiranih ima končano srednjo šolo (graf 1).

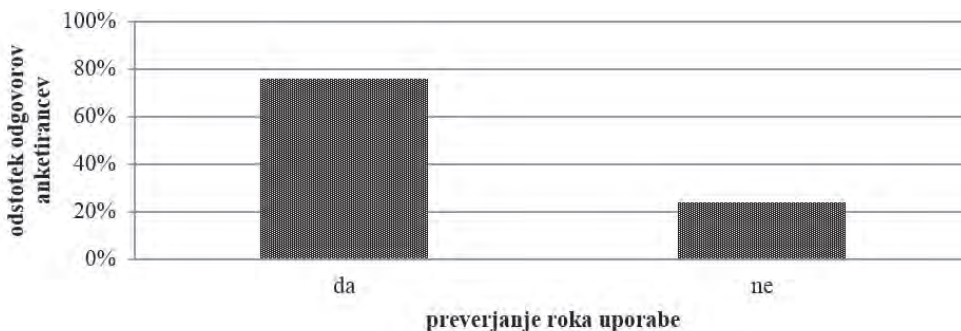
Graf 1: Demografski podatki anketirancev



Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

Približno tričetrtine (76 %) anketiranih preverja rok uporabe kompleta prve pomoči (graf 2). Večina, 77 % anketiranih, ni še nikoli dobila informacije o tem, kaj storiti s kompletom za prvo pomoč, ko mu preteče rok uporabe (graf 3).

Graf 2: Razporeditev odgovorov anketirancev glede na preverjanje roka uporabe kompleta za prvo pomoč



Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

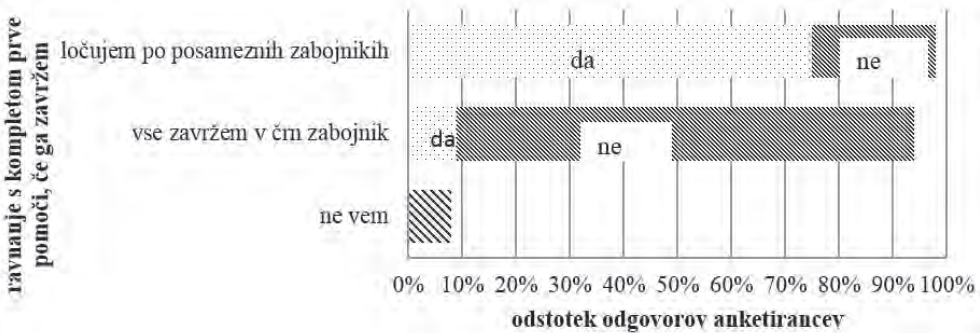
Graf 3: Razporeditev odgovorov anketirancev glede na to, ali so že kdaj dobili informacije o tem, kaj storiti s pretečenim kompletom za prvo pomoč



Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

13 % vseh anketiranih komplet v celoti zavrže. Na vprašanje »V primeru, da ste (ali bi) komplet prve pomoči s pretečenim rokom zavrgli, kam ste (ali bi) odvrgli vsebino?« se je tričetrtine (75 %) vseh anketiranih opredelilo, da bi vsebino kompleta ločevali po posameznih zabojujkih (graf 4).

Graf 4: Razporeditev odgovorov anketirancev glede na ločevanje odpadkov vsebine kompleta za prvo pomoč



Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

Ravnanje anketirancev s kompletom prve pomoči po preteku roka uporabe ni odvisno od spola, starosti ali izobrazbe (tabela 2, 3 in 4). Nismo ugotovili razlik med moškimi in ženskami v zvezi z njihovo opredelitvijo, ali bi celoten komplet prve pomoči zavrgli ($p = 0,260$) ali bi ločevali vsebino zavrženega kompleta ($p = 0,367$). Podobno velja tudi za primerjavo med starostnima skupinama do in nad 40 let ($p = 0,957$; $p = 0,058$) ter stopnjama izobrazbe do 5. stopnje in 6. stopnje ali več ($p = 0,067$; $p = 0,744$).

Tabela 2: Vpliv spola na ravnanje s kompletom po preteku roka uporabe

| | | spol | | skupaj |
|----------------------|----|--------|-------|--------|
| | | ženske | moški | |
| zavržem cel komplet# | da | 14 | 11 | 25 |
| | ne | 77 | 98 | 175 |
| skupaj | | 91 | 109 | 200 |
| ločujem* | da | 71 | 79 | 150 |
| | ne | 20 | 30 | 50 |
| skupaj | | 91 | 109 | 200 |

Opomba: # * ni statistične značilnosti ($p < 0,05$) razlik glede na spol (# $p = 0,260$; * $p = 0,367$)

Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

Tabela 3: Vpliv starosti na ravnanje s kompletom po preteku roka uporabe

| | | starost | | skupaj |
|-----------------------|----|-----------|----------------|--------|
| | | do 40 let | več kot 40 let | |
| zavržem cel komplet # | da | 14 | 11 | 25 |
| | ne | 99 | 76 | 175 |
| skupaj | | 113 | 87 | 200 |
| ločujem * | da | 79 | 71 | 150 |
| | ne | 34 | 16 | 50 |
| skupaj | | 113 | 87 | 200 |

Opomba: # * ni statistične značilnosti ($p < 0,05$) razlik glede na starost (# $p = 0,957$; * $p = 0,058$)

Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

Tabela 4: Vpliv izobrazbe na ravnanje s kompletom po preteku roka uporabe

| | | izobrazba | | skupaj |
|-----------------------|----|---------------|--------------------|--------|
| | | do 5. stopnje | 6. stopnja ali več | |
| zavržem cel komplet # | da | 12 | 13 | 25 |
| | ne | 92 | 83 | 175 |
| skupaj | | 104 | 96 | 200 |
| ločujem* | da | 79 | 71 | 150 |
| | ne | 25 | 25 | 50 |
| skupaj | | 104 | 96 | 200 |

Opomba: # * ni statistične značilnosti ($p < 0,05$) razlik glede na izobrazbo (# $p = 0,067$; * $p = 0,744$)

Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

4 Razprava

V primeru prometne nesreče, ki ima za posledico poškodbe udeleženi, bo potencialni dajalec prve pomoči učinkoviteje pomagal, če bo imel na voljo osnovni komplet prve pomoči. V Sloveniji je tak komplet predpisan tako za avtomobiliste kot za motoriste (Pravilnik o kompletu za prvo pomoč, ki spada v obvezno opremo motornih vozil,

2004; Pravilnik o delih in opremi vozil, 2013). Na pomen kompleta za prvo pomoč je opozorila tudi Mednarodna zveza društev Rdečega križa in Rdečega polmeseca, ki je ob Svetovnem dnevu prve pomoči leta 2013 izpostavila, da morajo biti vsa registrirana vozila opremljena z ustreznim kompletom za prvo pomoč (International Federation of Red Cross and Red Crescent, 2013). Da je komplet potreben, lahko podkrepimo tudi s podatki iz leta 2016, ko se je v 17.931 zabeleženih prometnih nesrečah hudo telesno poškodovalo 850 udeležencev cestnega prometa, 7.606 je bilo lažje telesno poškodovanih, 130 oseb je v prometnih nesrečah umrlo (Javna agencija Republike Slovenije za varnost prometa, 2017). Številne raziskave poudarjajo ključen pomen dajanja prve pomoči s strani očitvidcev (Rajapakse, 2008; Nolan idr., 2010), hkrati pa je to tudi zakonska obveza vsakega voznika (Zakon o pravilih cestnega prometa, 2010). Poleg pravilne rabe pripomočkov iz kompleta za prvo pomoč v primeru dajanja prve pomoči se odpira tudi vprašanje o ravnanju voznikov s kompletom po pretečenem roku uporabe.

Anketni vprašalnik, s katerim smo ugotavljali ravnanje voznikov motornih vozil s kompleti prve pomoči po pretečenem roku uporabe, je izpolnilo nekaj več moških kot žensk. Večina anketiranih je bila starih med 26 in 60 let, slaba polovica jih je imela končano srednješolsko izobrazbo. Rok uporabe omenjenih kompletov preverja večina vprašanih, podoben delež še nikoli ni dobil napotka o tem, kaj storiti s kompletom za prvo pomoč, ki mu je potekel rok uporabe. Da vozniki tudi sicer slabo poznajo vsebino kompleta za prvo pomoč, sta opozorila že Šterbenc in Slabe (2009).

Osrednji del naše raziskave predstavljajo pridobljeni podatki o ravnanju voznikov s kompletom prve pomoči. Polovica anketiranih ravna smotrno in shrani celoten komplet ali vsaj njegove posamezne sestavne dele, vendar nimamo podatka, ali so med temi tudi primeri, ko posamezniki tvegajo in uporabijo material s pretečenim rokom uporabe za obvezovanje ran. 13 % vprašanih komplet v celoti zavrže, to predstavlja letno približno 37.000 kompletov. 75 % respondentov se je opredelilo, da bi vsebino kompleta ločili, preden bi ga zavržli, kar kaže na zavedanje vprašanih o pomenu ločevanja odpadkov. Njihovi odgovori niso odvisni od tega, katerega spola so, koliko so stari in kakšna je njihova izobrazba. To je spodbudno, saj z nastajanjem odpadkov ne prihaja le do obremenitve okolja, pač pa tudi do izgube dragocenih in hkrati omejenih virov surovin; Kmetič (2016) opozarja na neracionalnost in izpostavlja tudi ekonomske posledice.

Pri vrednotenju rezultatov raziskave je treba upoštevati, da so bili respondenti laiki, obiskovalci FACE-a, iz česar sklepamo, da jih področje prve pomoči bolj zanima kot splošno javnost. Omejitve raziskave predstavlja tudi vzorec 200 voznikov motornih vozil, iz katerega težko sklepamo o ravnanju ljudi s kompletom prve pomoči po preteku roka uporabe.

Ustrezno oskrbo poškodovanih v prometnih nesrečah zagotavljamo tudi s pomočjo sterilnih materialov za oskrbo ran. Za te materiale je sorazmerno kratek rok uporabe smiseln, pod vprašaj pa se postavlja smiselnost take zahteve za vse ostale sestavine kompleta prve pomoči. Ena od možnih rešitev je v spremembi zahtev predpisa. Hkrati nimamo napotkov voznikom v zvezi z ravnanjem s kompleti prve pomoči po preteku

roka uporabe. To ocenjujemo kot eno ključnih pomanjkljivosti, ki bi jo z ustreznim informiranjem morali odpraviti. Zadrege je lahko tudi pri samem ločevanju posameznih izdelkov kompleta, saj so ti narejeni iz zelo raznolikih materialov, ki z vidika koncepta krožnega gospodarstva zahtevajo natančno ločevanje.

Zahvala

Avtorji se zahvaljujemo Petri Doblekar za pomoč pri izvedbi anketiranja.

LITERATURA

1. European Commission. (2015). Closing the loop - An EU action plan for the Circular Economy. Pridobljeno 19. 10. 2017, s <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52015DC0614>.
2. European Commission. (2017). Sustainability and circular economy. Pridobljeno 19. 10. 2017, s https://ec.europa.eu/growth/industry/sustainability_en.
3. International Federation of Red Cross and Red Crescent. (2013). World First Aid Day 2013 Information Pack. Geneva. Pridobljeno 19. 10. 2017, s https://www.google.si/search?q=World+First+Aid+Day+2013+Information+Pack&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gws_rd=cr&dcr=0&ei=tO_tWcTZFMHxauCbpsAL.
4. Javna agencija Republike Slovenije za varnost prometa. (2017). Pregled stanja varnosti v cestnem prometu za leto 2016. Pridobljeno 18. 9. 2017, s <https://www.google.si/>.

Strah pred govornimi aktivnostmi v tujem jeziku

UDK 81'243+37.091.3

KLJUČNE BESEDE: strah pred govorjenjem, sugestopedija, premagovanje strahu

POVZETEK - Profesorji tujega jezika se pogosto sprašujemo, katere strategije naj uporabimo, da bi študentje oziroma udeleženci lažje premagali strah pred govorjenjem v tujem jeziku. Kako naj udeleženec odpravi strah pred govorjenjem v tujem jeziku. Kakor nastopi pri udeležencu strah, mora profesor oziroma predavatelj najprej ugotoviti, kaj pri njem sploh povzroča strah. Gre za splošno udeleženčevo lastnost pri komunikaciji v primerljivih okoliščinah ali se pojavlja zgolj pri tujem jeziku? Glede na ugotovitve se lahko spremeni način spraševanja in zahtevnost prilagodi sposobnostim posameznika. Na zmanjševanje strahu vplivajo različni pristopi v komunikaciji oz. odnosu predavatelj - udeleženec. Med učinkovitejšimi metodami izboljšanja so pohvale in spodbude predavatelja, ki jih lahko uporabi pri vsakem uspehu ugotavljamo razloge za strah in možne ukrepe, ki bi posameznikom pomagali izboljšati stanje. Anketni vprašalnik so izpolnili udeleženci različnih starostnih skupin in z različnim nivojem znanja tujega jezika. S tem vprašalnikom je bilo ugotovljeno, kdaj in zakaj je dejansko prisoten strah pred govorjenjem ter kako reagirajo udeleženci, ki imajo izrazitejši strah pred govorjenjem v tujem jeziku.

UDC 81'243+37.091.3

KEY WORDS: fear of speech activities in a foreign language, suggestopaedia, strategies for overcoming fear

ABSTRACT - Foreign language teachers often ask themselves a question which strategies to use that would help the students and participants to overcome the fear of speaking in a foreign language. How is a participant supposed to eliminate the fear of speaking in a foreign language? When the participant is beginning to be overcome by fear, the lecturer must figure out the causes of fear. Is this the participant's general feature when communicating in comparable circumstances or does it occur only in a foreign language? According to the findings, the way of questioning can be modified and the difficulty of a task can be adjusted to the abilities of an individual. The reduction of fear is affected by different communication approaches within the relationship: lecturer – participant. One of more effective methods of improvement in this chosen field is praise as well as encouragement, which can be used by the lecturer to mark each participant's success. The article is designed in two parts. The first is devoted to the presentation of strategies for overcoming the fear of speaking in a foreign language. The other is designed as a survey questionnaire, structured in the fields for finding the reasons for fear, and measures which help to improve the condition of an individual. The survey questionnaire was completed by the participants of different age groups and with a different level of knowledge of a foreign language. This questionnaire has established when and why the fear of speaking is actually present and how the participants, who have a pronounced fear of speaking in a foreign language, react in such circumstances.

1 Uvod

Predavatelj tujega jezika se pri svojem delu srečuje z zelo različnimi slušatelji. V prispevku se bom osredotočila na različnost v smislu slušateljevega strahu pri govorjenju v tujem jeziku in možnostih za premagovanje omenjenega strahu.

Prispevek je zasnovan v dveh vsebinskih sklopih. V prvem sklopu predstavljam strategije za premagovanje strahu pred govorjenjem v tujem jeziku. V drugem delu je anketni vprašalnik z rezultati izvedene ankete ciljne publike. Z anketnim vprašalnikom je namen ugotoviti vzroke prisotnosti strahu, odziv slušateljev z izrazitejšim strahom pred govorjenjem v tujem jeziku in ugotoviti oz. potrditi ukrepe, ki slušateljem pomagajo izboljšati stanje. Ciljna publika naj bo zelo heterogena, sestavljena iz anketirancev različnih starostnih skupin, različnega predznanja tujega jezika in različnih osebnostnih lastnosti.

2 Strategije za premagovanje strahu pred govornimi aktivnostmi v tujem jeziku

2.1 Sugestopedija

Utemeljitelj tega izraza je bolgarski zdravnik, psihiater in raziskovalec s področja vzgoje in izobraževanja Georgi Lozanov. (Bröhm - Offermann, 1994).

Po Lozanovem mnenju naj bi mimika, gestika, gibanje, drža telesa imele pomembno vlogo pri govornih aktivnostih v tujem jeziku.

Tudi prostor izgleda po njegovem pristopu čisto drugače kot »klasična predavalnica«. Slušatelji sedijo udobno na stoli v polkrogu brez miz in s pomočjo glasbe poskuša predavatelj oz. profesor izničiti stres in strah pred govorjenjem. (Bröhm - Offermann, 1994).

Pri takšni učni klimi uporablja profesor oz. predavatelj tujega jezika veliko različnih vrst iger, tekstov s slikami ali pa samo slike. Tako lahko slušatelji prevzamejo različne vloge iz vsakdanjega življenja in se vživijo v vlogo namišljene osebe. Pri sprostivnih vajah imajo zaprte oči, poslušajo glasbo in se sprostijo. S tem izgubijo strah pred neuspehom ter počutijo se sproščeno in neobremenjeno.

Pri pravilni uporabi sugestopedije se izražajo naslednje značilnosti:

- V prostoru se izoblikuje sproščujoče učno vzdušje.
- V slušatelju se vzbudi prijeten občutek in psihični mir.
- Sproščajo se rezervne zmogljivosti spomina.
- S pomočjo fantazije, kreativnosti se povečajo dosežki slušateljev.
- V slušatelju se prebudi zanimanje ter veselje do učenja.
- Uporabljajo se neverbalna izrazna sredstva (mimika, gestika, gibanje telesa ...).

2.2 Metode sugestopedije

Metode sugestopedije so:

- Razporeditev učilnice

Slike, plakati, rože, udobni stoli, dobra osvetlitev pomagajo vzpodbuditi pozitivna pričakovanja glede učenja.

Pomembno vlogo igra tudi razporeditev miz in stolov. Za večje skupine se lahko postavijo mize v krogu ali v obliki črke U. Če je dovolj prostora, so lahko mize postavljene v polkrog.

□ Vloga predavatelja

Vzdušje, ki ga ustvari predavatelj, ima lahko zelo velik vpliv na slušateljevo motiviranost in na splošen odnos do učenja.

Predavatelj ima več vlog:

- spodbuja učni proces,
- svetovalec,
- dober poslušalec,
- dober opazovalec,
- je tudi potrpežljiva oseba.

Predavatelj mora slušateljem pokazati, da je učenje lahko tudi zabava in veselje. To lahko doseže na primer s pomočjo govornih iger, ki slušateljem pomagajo, da se otresejo strahu pred govorjenjem.

Pozitivno vzdušje v prostoru je odvisno tudi od tega, kakšen odnos vzpostavi predavatelj s slušatelji. Za uspešno sodelovanje je najugodnejše vzdušje, ki temelji na vzajemnem spoštovanju in zaupanju med predavateljem in slušatelji. Predavatelj mora dajati slušateljem občutek, da spoštuje vsakega med njimi kot osebnost z osebnimi in individualnimi potrebami ter jim mora pokazati, da razume njihova stališča in upošteva njihova včasih tudi drugačna mnenja.

□ Starost in izobrazba slušateljev

Starost in izobrazba slušateljev sta lahko moteč dejavnik pri premagovanju strahu pred govorjenjem.

Še posebej mora biti predavatelj tujega jezika pozoren na starejše odrasle osebe, ki so se po dolgi pavzi ponovno odločile za izobraževanje. Zato se mora vedno vprašati, zakaj se je ta oseba odločila za izobraževanje? (Zaradi znanja, prijateljev, zaradi boljšega zaslužka ali samo za to, da bi ta oseba obdržala delovno mesto).

Če je nekdo prisiljen, da nadaljuje z izobraževanjem, če se v isti skupini nahaja tudi njegov šef, se ta oseba še težje vključi v samo skupino in s tem se poveča strah pred govorjenjem.

Kadar je odrasla oseba doživela neuspehe že v otroštvo, se lahko zgodi, da pri ponovnemu izobraževanju pride do novih ovir. Te neuspehe sprejema odrasla oseba veliko težje kot otrok, saj težje prizna, da nekaj ne ve oziroma ne zna. Zato mora predavatelj starejšo odraslo osebo prepričati, da je učenje pri odraslih drugačno kot učenje pri otrocih.

Osnovna razlika med mladimi in odraslimi so izkušnje, ki so bogatejše pri odraslih. Vsak človek, tudi tak, ki ni bil nikoli v šoli, se uči celo življenje. Zato mora biti predavatelj še posebej pozoren, da te izkušnje, ki jih je pridobila odrasla oseba, ne zanemari.

Otroci morajo obvezno obiskovati osnovno šolo in s tem je učenje njihova dolžnost in primarna dejavnost, saj se večino svojega časa ukvarjajo s šolanjem. Odraslim osebam je izobraževanje sekundarni dejavnik, kajti primarni je zaposlitev. Kadar odrasli osebi pri izpitu ne uspe, se še bolj posveti svojemu delu ali družini.

□ Vloga motivacije

Tudi motivacija je pomembni dejavnik pri premagovanju strahu pred govorjenjem. Opazovanja so pokazala, da se motiviran človek za učenje več zapomni, dela z večjim zadovoljstvom, se intenzivno uči in razvija sposobnosti do največjega možnega izkoristka. Slabo motiviran človek pa aktivira le manjši del svojih sposobnosti in se uči z manj napora. Hitrost pozabljanja je večja, zapomni si le tisto, kar si sam želi zapomniti.

Predavatelj tujih jezikov mora biti še posebej pozoren na plašne, negotove slušatelje brez zaupanja vase. Te mora še posebej motivirati, jih pohvaliti, jim omogočiti, da pridejo večkrat na vrsto in s časom se bo pri njih zmanjšal strah pred govorjenjem.

2.3 Popravljanje napak

Velik problem pri govornih vajah predstavljajo napake, ki jih je potrebno popraviti. Kdaj in katere napake naj popravi predavatelj tujih jezikov? Strokovnjaki priporočajo le minimalno popraviljanje napak, ki jih slušatelji naredijo v pogovoru. Če že pride do napak, bi moral predavatelj v mirnem tonu še enkrat pravilno v razširjeni obliki tvoriti stavek, ki ga je povedal slušatelj. Vendar mora pri tem pokazati, da je bilo slušateljevo govorjenje smiselno in razumljivo.

Kadar predavatelj tujih jezikov slušatelja nenehno popravlja, izgubi le ta voljo do govora in raje molči, kot pa da bi bil tako očitno popravljen pred ostalimi. Pojavi pa se tudi strah, da bo spet popravljen, če bo naredil napako.

2.4 Konverzacijske igre

Igra vlog

Igra vlog je vrsta aktivnosti, pri kateri slušatelji igrajo raznovrstne situacije ali prevzamejo vlogo določene osebe (npr. vlogo zdravnika in bolnika). Pri igri vlog slušatelj prevzame identiteto neke osebe in s tem tudi razmišljanje in vedenje nekoga drugega. S pomočjo igre vlog slušatelji predstavijo dobro naučeno teoretično snov, zviša se učna motivacija in tudi interes slušatelja. S to metodo rešujejo slušatelji aktivno konkretne probleme v različnih »namišljenih« življenjskih položajih in s tem se učijo ravnati v nepredvidljivih realnih situacijah.

Igre vlog vzpodbujajo motivacijo in z njimi si slušatelji pridobijo nove izkušnje. S pomočjo le teh se slušatelj vživi v dano vlogo in s tem se strah pred govorjenjem zmanjša.

3 Empirični del

V okviru prispevka je bil sestavljen vprašalnik o strahu slušateljev pred govorjenjem v tujem jeziku. Vprašalnik je bil zasnovan v anketni obliki.

3.1 Vprašalnik za slušatelje

Vprašalnik za slušatelje vsebuje vprašanja, ki se nanašajo na komunikacijo pri nemščini kot tujem jeziku.

V tem zaprtem tipu vprašalnika so bila slušateljem postavljena vprašanja z že vnaprej danimi možnimi alternativnimi odgovori. Bilo je tudi nekaj vprašanj tipa možnih odgovorov samo »da« in »ne«.

Vprašanja v vprašalniku zajemajo naslednja področja:

1. Splošna presoja samega sebe
2. Situacije, kjer nastopi strah pred govorjenjem
3. Razlogi za nastop strahu pred govorjenjem
4. Reakcije sodelujočih/predavateljev na napake
5. Mišljenja pred in po govoru kot tudi med samim govorom
6. Ostalo (Stališča in doživljanje anketirancev v zvezi z govornimi aktivnostmi v tujem jeziku).

Pri anketiranju je sodelovalo 16 slušateljev (10 slušateljic in 6 slušateljev), starih od 19 do 54 let. Ti slušatelji prihajajo iz različnih krajev Slovenije in so imeli nemščino, italijanščino, angleščino in francoščino kot tuj jezik v osnovni ali srednji šoli. Nekateri slušatelji že leta niso bili več v stiku z nemščino, drugi, ki so komaj končali srednjo šolo, so izbrali nemščino kot maturitetni predmet.

Cilj raziskave je bil ugotoviti, zakaj se pojavi strah pred govorjenjem, reakcije in vzroke za nastop strahu.

Predvidevala sem, da je strah pogost pojav, zlasti kadar morajo govoriti v tujem jeziku pred publiko, glavni vzrok pa je bojazen, da se bodo osmešili se pred ostalimi slušatelji.

3.2 Rezultati vprašalnika za slušatelje

Sledeča vprašanja za slušatelje so se nanašala na komunikacijo pri pouku nemškega jezika kot tujega jezika. Vprašalnik je rešilo 16 slušateljev.

Tabela 1: Strah med pogovorom v tujem jeziku

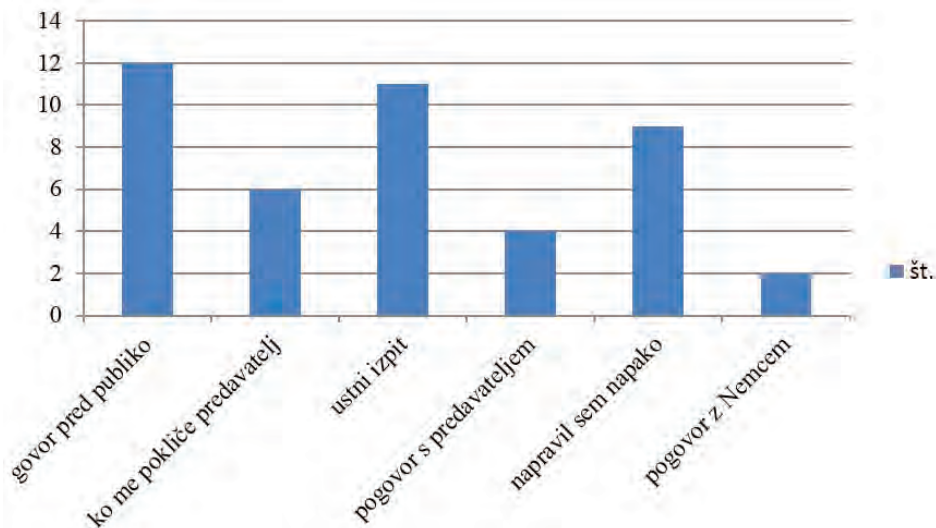
| | |
|--------|----|
| Da | 13 |
| Ne | 3 |
| Skupaj | 16 |

Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

Pri večini vprašanih slušateljev nastopi strah pred govorjenjem v tujem jeziku, čeprav nastopi strah le občasno (pri 9 slušateljih nastopi občasno, pri 7 pa pogosto).

Zanimivo je, da želijo skoraj vsi premagati strah pred govorjenjem v tujem jeziku.

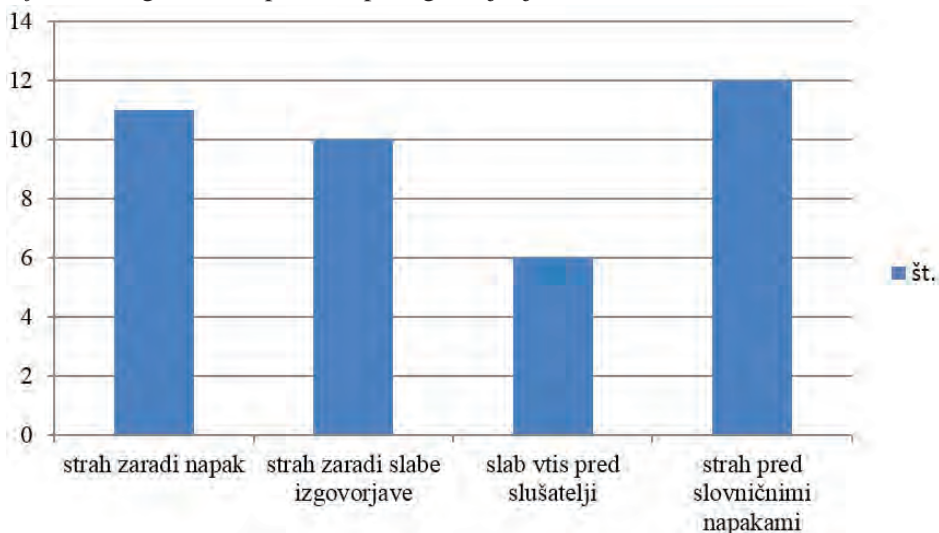
Graf 1: Situacije, kjer nastopi strah pred govorjenjem v tujem jeziku



Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

Rezultati ankete kažejo da je strah pri slušateljih odvisen od velikosti publike in intenzitete negativnih reakcij preostalih slušateljev. Strah se tudi intenzivira pri posameznikih z visoko samokritičnostjo.

Graf 2: Razlogi za nastop strahu pred govorjenjem

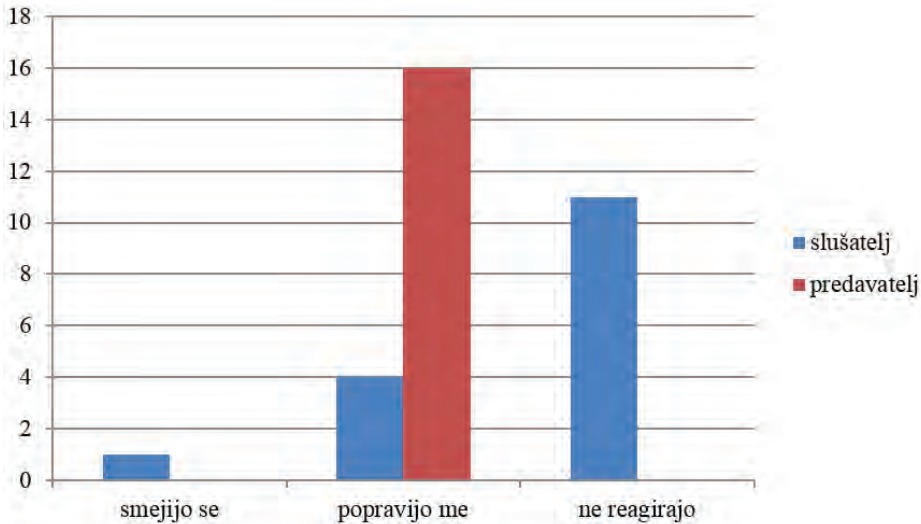


Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

Ti rezultati odsevajo samokritični pogled slušateljev kot tudi predstavo, da bi moral pogovor v tujem jeziku potekati tekoče in brez napak. Slušatelji imajo tudi občutek, da jih ostali slušatelji in predavatelj ocenjujejo, čeprav potem ne dobijo ocene. Kadar

naredi slušatelj napako, se jo sramuje in želi odnehati s pogovorom ter se zateče k molku. Vendar nekateri izkoristijo možnost, da se s pomočjo nastalih napak naučijo pravilne tvorbe stavkov.

Graf 3: Reakcije ostalih slušateljev ter predavatelja na napake



Vir: Anketni vprašalnik, 2016

Kadar naredi slušatelj napako, ga predavatelj večinoma popravi. Vendar imajo slušatelji pogosto občutek, da so naredili napako le takrat, ko jih je predavatelj popravil. Kadar ni korekture, imajo občutek, da govorijo tekoče in brez napak.

Tabela 2: Občutja anketirancev pred in po govoru kot tudi med samim govorom

| Trditev | da | ne |
|--|----|----|
| Olajšan sem, kadar končam z govorom. | 16 | / |
| Čeprav sem nervozen, preden začnem z govorjenjem, kmalu pozabim na strah in nič več me ne zmoti. | 6 | 10 |
| Ko govorim, me vznemiri misel, kaj si drugi mislijo o meni. Moje roke se tresejo, pulz narašča, potim se in počutim se negotovo. | 9 | 7 |
| Čeprav včasih občutim strah pred govorjenjem, se veselim priložnosti govoriti pred slušatelji oz. komunicirati z njimi v tujem jeziku (ne kot nastop). | 12 | 4 |

Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

Že ob sami misli na govor ali na ustno vajo, postanejo slušatelji nervozni. Tudi med samim govorom večina ne pozabi na nervoznost in strah in so veseli, ko končajo z govorom.

Rezultati odgovorov kažejo, da se slušatelji veselijo priložnosti nastopa pred ostalimi, čeprav včasih občutijo strah pred govorjenjem. Pri premagovanju strahu jim pomaga tako imenovano »ogrevanje«, ki vodi v sprostitvev, povečanje zaupanja, samozavesti in s tem premaganju strahu.

Tabela 3: Stališča in doživljanje anketirancev v zvezi z govornimi aktivnostmi v tujem jeziku

| <i>Trditev</i> | <i>da</i> | <i>ne</i> |
|--|-----------|-----------|
| Lažje je pripraviti ustno nalogo, kot pa jo potem prebrati ali o njej govoriti. | 10 | 6 |
| Že pri sami misli na ustni govor ali na podobno situacijo (nastop) postanem nervozen. | 11 | |
| Tudi, kadar sem dobro pripravljen, pogosto pozabim, kaj sem hotel povedati v tujem jeziku in izgubim rdečo nit. | 10 | 6 |
| Čeprav lahko pred prijatelji tekoče govorim, mi zmanjka besed, kadar moram nepričakovano nastopiti pred publiko. | 12 | 4 |
| Čeprav pri predavanju poznam pravičen odgovor, se ne upam javiti. | 3 | 13 |
| Imam občutek, da sem edini v predavalnici, ki ima strah pred govorjenjem. | 3 | 13 |
| Tudi predavatelji imajo tremo. | 6 | 10 |
| Rad bi zmanjšal moj strah pred govorjenjem v tujem jeziku. | 14 | 2 |

Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

Na vprašanje »Lažje je pripraviti ustno nalogo kot pa jo potem prebrati ali o njej govoriti.«, je 10 vprašanih odgovorilo pritrdilno. Ta rezultat nekoliko preseneča, saj bi glede na visok delež opredeljenih kot ekstrovertiran, pričakovali, da prebrati nalogo in o nje govoriti ne vzbuja toliko strahu. Govor je vedno povezan s psihično in fizično obremenitvijo, ki je občinstvu očitna. Kadar želi nekdo nastopiti pred publiko (npr. predstaviti seminarsko nalogo), želi nastopiti brezhibno. Ko želi govoriti prosto, brez branja, se strah povečuje. Tako se tvorijo enostavne in nepotrebne napake. Lažje je pripraviti samo nalogo, kot pa jo potem predstaviti pred publiko.

Tendenca strahu pred govorjenjem v tujem jeziku je razvidna tudi iz odgovorov, da 12 vprašanim zmanjka besed, kadar morajo nepričakovano nastopiti pred publiko. Želja, da bi slušatelj sodeloval, je prisotna, vendar jo strah potlači. Predavatelji pogosto opazijo, da se slušatelji, katere je strah pred govorjenjem, raje pogovarjajo s sosedom, kot pa da bi se oglasili pred ostalimi in zaradi strahu odpovedali.

4 Zaključek

V prispevku sem obdelala problematiko strahu pred govorom, ki nastopi pri nemščini kot tuj jezik. S pomočjo vprašalnika sem podkrepila teoretična spoznanja na področju raziskav strahu pred govorom v tujem jeziku.

Pričakovani rezultati anket kažejo, da strah pred govorjenjem v tujem jeziku sovпада s splošno slušateljevo osebnostno lastnostjo strahu pred javnim nastopanjem oz. za govorom, izpitom ipd.

Zanimivo je tudi to, da se pri tujem jeziku ta osebnostna lastnost pokaže še bolj izrazito in še poveča slušateljevo negotovost in posledično strah.

Rezultati tudi kažejo da imajo slušatelji občutek, da so ocenjeni tudi takrat, ko jih predavatelj ne ocenjuje. Gre za izkušnjo okolja, predvsem šolskega, našega področ-

ja ko se vse prevečkrat v izobraževalnem procesu išče neznanje, napake, odstop od uniformiranosti, ter se to na različne načine kaznuje. Taka izkušnja v slušatelju ostane kot težko izbrisljiv pečat, ki se posledično kaže, ne samo kot strah pred govorjenjem v tujem jeziku, temveč kot strah pred napako in posledično kaznijo.

Po današnjih raziskavah je pomemben preboj potrebno narediti v prepričevanju slušateljev, da so napake sestavni in pomembni del učnega procesa in pot pri osvojitvi tujega jezika.

Predavatelju v pomoč pri tem procesu so različne tehnike od ureditve stimulatívne učnega okolja, pomirjajoče glasbe, metode učenja preko igre, delo v skupinah, delo v parih, ipd. Predavatelj mora vzpostaviti zaupanje s slušatelji in peljati vlogo moderatorja, navduševalca mentorja in ne kaznovalca. Tudi v primeru potrebne korekcije napak, naj bi predavatelj usmeril, motiviral, vzpodbudil slušatelja k samo popravljanju in s tem nadgrajevanju in osvajanju znanja.

LITERATURA

1. Bröhm - Offermann, B. (1994). Suggestopädie, Sanftes Lernen in der Schule. AOL-Verlag.
2. Dhority, L. (1992). Ustvarjalne metode učenja. Ljubljana: Alpha Center d.o.o.
3. Goleman, D. (2001). Čustvena inteligenca na delovnem mestu. Ljubljana: Mladinska knjiga.
4. Hauck, P. (1987). Zakaj bi se bal? Ljubljana: Mladinska knjiga.
5. Kos, M. in Simsič, D. (1979). Za večjo učinkovitost pouka tujih jezikov. Zveza delavskih univerz Slovenije. DDU Univerzum.
6. Lohfert, W. (1995). Kommunikative Spiele für Deutsch als Fremdsprache. Max Hueber Verlag.

Prevenција i tretman neželjenih efekata biološke terapije Reumatoidnog artritisa

UDK 616.72-002.77

KLJUČNE REČI: reumatoidni artritis, biološka terapija, neželjeni efekti, sestrinske intervencije

POVZETEK - Strategija savremenog lečenja obolelih od Reumatoidnog artritisa (RA) podrazumeva holistički pristup bolesniku u kome rana, kombinovana i planska terapija ima za cilj kliničku remisiju, prevenciju komplikacija i očuvanje funkcionalne sposobnosti bolesnika. Napredak u poznavanju patogeneze bolesti doveo je identifikovanja novih terapijskih ciljeva i uvođenja biološke terapije kao efikasnog modaliteta lečenja obolelih. Bazirajući pristup biološkoj terapiji sa aspekta sestrinske delatnosti, u radu su sumirane osnovne farmakodinamske karakteristike bioloških lekova, specifičnosti njihove primene, uz poseban osvrt na neželjena dejstva ovih lekova i sestrinske intervencije u njihovoj prevenciji, prepoznavanju i zbrinjavanju. Delotvornost i efekti biološke terapije zavise od poštovanja protokola njihove primene, postupka aplikacije leka, nadzora pacijenata tokom primene istog, kao i blagovremenog registrovanja neželjenih efekata lekova, što predstavlja značajan delokrug rada medicinskih sestara. Poznavanje farmakokinetike i farmakodinamike bioloških lekova, kao i poštovanje sestrinskih procedura u sprovođenju biološke terapije, nameće se kao bitan preduslov kvalitetnog i kompetentnog rada medicinskih sestara u primeni ovog modaliteta lečenja.

UDC 616.72-002.77

KEY WORDS: rheumatoid arthritis, biological therapy, side effects, nurses' intervention

ABSTRACT - The strategy of modern treatment of patients with rheumatoid arthritis (RA) lies in holistic approach to the patients, where early, combined and planned therapy aims for clinical remission, prevention of complications and preservation of functional abilities of patients. Progress in pathogenesis of the disease has identified new therapy goals and introduction of biological therapy as an efficient model of treating RA patients. The work comprises basic pharmacodynamics characteristics of biological drugs, the specifics of its implementation, and special attention that has been given to side effects of these drugs and to nurses' intervention in its prevention, recognition, and dealing with these effects. The effectiveness and the effects of biological therapy depend on respecting the protocol of administration of the medication, procedure of its administration, patient monitoring during its use and prompt registration of side effects, which represents a significant area of professional engagement of nurses. Knowledge of pharmacokinetics and pharmacodynamics of biological medications and following the nurses' procedure in their administration imposes a strong qualification for quality and competent work of nurses in application of this model of treatment.

1 Uvod

Strategija savremenog lečenja obolelih od Reumatoidnog artritisa (RA) podrazumeva holistički pristup bolesniku u kome rana, kombinovana i planska terapija ima za cilj kliničku remisiju, prevenciju komplikacija i očuvanje funkcionalne sposobnosti bolesnika. Napredak u poznavanju patogeneze bolesti doveo je identifikovanja novih terapijskih ciljeva i proširenja medikamentozne liste koja danas osim nesteroidnih antiinflamatornih lekova (NSAIL), kortikosteroida i lekova koji modifikuju tok bolesti (LMTB) sadrži i biološke lekove.

Primenjena kod pacijenata sa teškom formom bolesti koji nisu reagovali na konvencionalno lečenje, biološka terapija je pokazala visoku terapijsku efikasnost sa značaj-

nom redukcijom inflamatornih procesa zglobova i smanjenjem progresije erozije i degeneracije, uz vidno poboljšanje kvaliteta života bolesnika.

2 Biološka terapija kao modalitet lečenja reumatoidnog artritisa

Blokirajući pojedine činioce imunološkog sistema (T i B limfocite) i specifične zapaljenske medijatore (Interleukin 1, 6, 8, interferon gama, limfotoksin), biološki lekovi omogućavaju efikasnu supresiju inflamatorne kaskade koje dovodi do ispoljavanja simptomatologije RA (De Keyser, 2011).

Rezultati kliničkih istraživanja (American College of Rheumatology-ACR; European League Against Rheumatism-EULAR) potvrđuju da se biološki lekovi mogu primeniti u:

- prevenciji RA
- kao lek izbora u inicijalnoj terapiji RA
- nakon neuspešnog lečenja lekovima koji menjaju tok bolesti
- nakon neuspešnog lečenja jednim tipom bioloških lekova.

U zavisnosti od mehanizma delovanja izdvajaju se sledeće vrste bioloških lekova:

Lekovi koji deluju blokadom efekata TNFa (faktor nekroze ćelija tumora) - Supstance koji mogu da blokiraju efekte molekula TNF-a koji ima ključnu ulogu u procesu zapaljenja su: antitela na receptor za TNF-a (etanercept) i antitela na TNF-a (infliksimab i adalimumab). Njihovo protiv-zapaljensko delovanje traje tokom primene terapije. Efekat lečenja se očekuje najkasnije do 3. meseca (Dayer, Feige, Edwards in Burger, 2001).

Lekovi koji deluje blokadom efekata IL-6 i IL-1 – Interleukin 6 je citokin koji deluje na sva tkiva podstičući razvoj B ćelija i deobu T ćelija. Blokiranjem aktivnosti IL-6 smanjuje se upalni proces u zglobovima (Flannery idr., 2000).

Lekovi koji deluje na B-limfocite (anti CD20 monoklonska antitela) - sadrže antitela koje se vezuje za antigen CD20 na površini B limfocita izazivajući njenu smrt (Finckh idr., 2007; Glišić in Stefanović, n.d.).

Janus kinase (JAK) inhibitors - funkcionišu inhibiranjem aktivnosti jednog ili više enzima iz kategorije Janus kinase (JAK1, JAK2, JAK3, TIK2), čime se ometa JAK-STAT signalizacioni put za delovanje citokina (Scott, 2012; Norman, 2014).

U Tabeli 1. prikazani su biološki lekovi registrovani za lečenje RA u Srbiji.

Tabela 1: Biološki lekovi registrovani za lečenje RA u Srbiji

| <i>Mehanizam delovanja</i> | <i>Medikament</i> | <i>Priroda proteinskog blokatora</i> | <i>Doza i način aplikovanja</i> | <i>Neželjeni efekti</i> |
|---|------------------------|---|---|---|
| Lekovi koji deluju blokadom efekata TNF-a | ETANERCEPT (Enbrel) | Fuzioni protein | 25mg SC dva puta nedeljno ili 50 mg jednom nedeljno | -simptomi slični gripu, -reakcija na mestu uboda (blaga, spontano prolazi), -infekcije, -autoimuni fenomeni, -srčana slabost, -demijelinizacija |
| | INFLIKSIMAB (Remicade) | Himerično monoklonsko antitelo (Mišje/humano) | 3 mg /kg IV tokom 2 sata svakih 8 nedelja | -alergijska reakcija (ubrzano kratko disanje, crvenilo po koži i svrab, -hipotenzija, šok), -hipertermija, infekcije respiratornog trakta (bronhitis, upala pluća, infekcije sinusa), infekcije mokraćnog sistema kao i virusne infekcije, -autoimune manifestacije, -demijelinizacija |
| | ADALIMUMAB (Humira) | Rekombinantno humano monoklonsko antitelo | 40 mg SC svake druge nedelje | -reakcija na mestu uboda, -infekcije respiratornog trakta (bronhitis, upala pluća, infekcije sinusa), infekcije mokraćnog sistema kao i virusne infekcije, -simptomi slični lupusu -kontraindikovano u periodu planiranja trudnoće, trudnoći i periodu dojenja |

| | | | | |
|---|------------------------|---|--|---|
| Lek koji deluje blokadom efekata IL-6 | TOCILIZUMAB (Actemra) | humano monoklonsko antitelo | 4-8 mg/kg IV svake četvrte nedelje | <ul style="list-style-type: none"> -infekcije gornjih disajnih puteva, konjunktivitis -pogoršanje lipidnog statusa i porast jetrih enzima -snižen broj belih krvnih zrnaca, -glavobolja, vrtoglavica, -hipertenzija, -bukalne ulceracije, -bol u želucu, -kontraindikovan u periodu trudnoće i dojenja i mladih osoba od 18 god. |
| Lek koji deluje na B-limfocite (anti CD20 monoklonska antitela) | RITUKSIMAB (MabThera). | Mišje/humano himerično monoklonsko antitelo | 2 x 1000 mg IV u toku dve nedelje, potom svakih 6 meseci | <ul style="list-style-type: none"> -anafilaktička reakcija, plikovi, svrab kože -hipertermija mučnina, umor, -glavobolja, problemi s disanjem, osećaj da jezik ili grlo otiču, svrab u nosu ili curenje iz nosa, -povraćanje, bol u stomaku, leđima, grudima, mišićima i/ili zglobovima, na mestu infuzije, -osećaj slabosti, -aritmije, srčana oboljenja kao što su angina pectoris ili srčana insuficijencija mogu se pogoršati, promene krvnog pritiska, -reakcija na mestu uboda, -infekcije (nazebi, pneumonije, infekcije mokraćnih puteva. -smanjenje broja crvenih i belih krvnih zrnaca, -kontraindikovana u trudnoći, periodu dojenja i infekcije virusom hepatitis. |

Vir: Glišić, B. in Stefanović, D. (n.d.). Biološki lekovi. Pridobljeno 10. 10. 2017, s www.vma.mod.gov.rs/bioloski_lekovi_q.pdf; Biologic response modifiers. (n.d.) RheumatoidArthritis.net. Pridobljeno 8. 8. 2017, s <https://rheumatoidarthritis.net/treatment/biologics-treatment-options-for-ra/>.

Kontraindikacije za primenu biološke terapije (Finney idr., 2016):

- infekcija, sepsa;
- osetljivost na aktivnu supstancu leka;
- imunokompromitovanost bolesnika;
- oštećenje jetre sa povišenim vrednostima transaminaza;
- hematološka oboljenja - aplastična anemija, trombocitopenija, neutropenija, pancitopenija;
- dijagnostikovana multipla skleroza (MS);
- kardiološka oboljenja;
- vakcinacija živom vakcinom;
- urođeni poremećaj intolerancije fruktoze;
- dijagnostikovana sistemska bolest - lupus;
- malignitet;
- trudnoća, laktacija.

Propisivanje biološke terapije zahteva konzilijarnu odluku koja se sa pratećom dokumentacijom dostavlja Republičkoj komisiji u cilju dobijanja odobrenja za dalje lečenje. Nakon obavljenih laboratorijskih pretraga koje isključuju pozitivan nalaz na virus Hepatitisa B, C i bacil tuberkuloze, kao i negativnog Rtg nalaza pluća, bolesnik može otpočeti lečenje biološkom terapijom.

3 Sestrinske procedure u prevenciji i tretmanu neželjenih efekata i komplikacija primene biološke terapije

Poznavanje farmakokinetike i farmakodinamike bioloških lekova predstavlja preduslov kvalitetnog rada medicinskih sestara u procesu aplikovanja ordinirane terapije. Poznavanje mogućih interakcija sa drugim lekovima, pravovremeno registrovanje neželjenih efekata lekova i adekvatno reagovanje u tim slučajevima osnovna je mera sprečavanja potencijalnih komplikacija kao posledica date terapije.

Neposredno pre primene biološkog leka neophodno je proveriti da li pacijent ispunjava sve kliničke uslove za njegovu aplikaciju što obuhvata (Finney idr., 2016):

- kontrolu vitalnih funkcija bolesnika,
- detaljno uzetu sestrinsku anamnezu o prisustvu bilo koje aktuelne ili rekurentne infekcije,
- proveru BSG vakcinacije i postojanja kontakta sa osobama obolelim od TBC-a,
- uzimanje podataka o alergijskoj dijatezi,
- proveru obavezne prateće medicinske dokumentacije bolesnika: radiografskog nalaza pluća, testa na prisustvo virusa HIV, varičele i hepatitisa; biohemiskih analiza krvi i urina, faktora koagulacije i imunološkog statusa (vrednosti IgG antitela),
- registrovanje svih fizičkih, senzornih i mentalnih stanja i poremećaje koji mogu otežati komunikaciju i uticati na odgovor osobe na tretman, te u tom smislu izvršiti potrebna prilagođavanja.

U primeni biološke terapije medicinska sestra mora ispoštovati »Pravilo pet« koje podrazumeva visok stepen kontrole u postupku neposredno pre i tokom davanja leka, tako da se propisani (pravi) lek uvek daje pravom bolesniku, u pravoj dozi, poštujući zahtevan put administracije i precizirano vreme unosa leka (Manojlović in Matić, 2010).

U odnosu na put unosa leka biološka terapija se aplikuje parenteralno i to: subkutano (etanercept i adalimumab) i intravenozno (rituksimab, tocilizumab, infliksimab).

U slučaju subkutane aplikacije leka moguće je bolesnika ili člana porodice obučiti tehnici primene leka, kao i neophodnosti poštovanja procedure hladnog lanca, odnosno transporta i čuvanja leka u frižideru. Takođe, nužno je bolesnika upoznati sa svim mogućim lokalnim i sistemskim reakcijama na lek.

Intravenska terapija podrazumeva kontinuiranu, intermitentnu ili bolus primenu medikamenta i rastvora intravenskim putem.

Najčešće lokalne komplikacije intravenske terapije koje medicinska sestra mora da prepozna i učestvuje u njihovom zbrinjavanju su: flebitis, infiltracija i ekstravazacija leka. Kada su u pitanju akcidenti tipa infiltracije i ekstravazacije leka treba imati u vidu postojanje sledećih predisponirajućih faktora za njihovu pojavu:

- uzrast pacijenta (deca i stariji pacijenati),
- nutritivni status (nedovoljno uhranjene i gojazne osobe - kvalitet i pozicioniranje krvnih sudova),
- prethodna ili sadašnja oboljenja,
- istovremena primena drugih medikamenata (antikoagulanti ili kortikosteroidi),
- hipovolemija i stanje šoka (otežan venski pristup),
- prethodne venepunkcije,
- stanje kože na planiranom mestu postavljanja kanile,
- sposobnost pacijenta da saraduje i izbegava pokrete ruke tokom procedure.

U slučaju pojave simptoma i znaka infiltracije ili ekstravazacije leka (bol, otok, bleđa i hladna koža na dodir, ograničena pokretljivost ekstremiteta) treba odmah prekinuti primenu leka, deplasirati IV kanilu, izvršiti procenu stepena infiltracije standardizovanim skalom, proceniti obim pokreta i osetljivost zahvaćenog ekstremita. Po nalogu lekara primeniti elevaciju ekstremiteta, obloge i medikamentoznu terapiju (kortikosteroidi). U sestriinsku dokumentaciju se pored standardnih podataka o primenjenoj IV terapiji (vrsta i doza leka, mesto insercije kanile, vrsta i veličina kanile, broj i mesto pokušaja venepunkcije, stanja punktiranog krvnog suda, način provere prohodnosti kanile) unose i podaci o akcidentu i postupku zbrinjavanja istog. Prevencija se sastoji u proveru položaja plasirane kanile primenom 10 mL sol. 0,9 % NaCl-a neposredno pre aplikovanja leka (Đurković, 2010).

- *Prevencija bakterijskog flebitisa* podrazumeva sledeće sestriinske intervencije: higijenu ruku, adekvatnu dezinfekciju kože, poštovanje aseptičnog rada prilikom insercije venske kanile i kontrolu IV rastvora pre upotrebe. Izbegavati pregrebna mesta za inserciju kanile i primeniti IV filtere.
- *Pojava oportunističkih infekcija* - delujući imunosupresivno biološki lekovi indukuju podložnost pacijenta infekcijama. Tome doprinosi i istovremena primena kortikosteroida, kao i prisutni komorbiditeti. Kod pacijenata je evidentirana poja-

va TBC-a (Dixon idr., 2010), virusnih (hepatitis B i C, herpes zoster, HIV), bakterijskih i gljivičnih infekcija (Curtis in Singh, 2011; Khraishi, 2009; Singh idr., 2011; Scott, 2012; De Keyser, 2011). Prisustvo infekcija značajno povećava stopu mortalita obolelih od RA sa 4,2 na 14,9 % (Naz in Symmons, 2007).

- *Alergijske reakcije* - lokalne i generalizovane; tokom i nakon primene terapije. 6-25 % pacijenata koji primaju S. C. biološku terapiju prijavljuje lokalne neželjene reakcije ovog tipa (eritem, svrab, otok). Kod I.V. primene lekova moguća je pojava anafilaktičkih reakcija koje se preveniraju primenom kortikosteroida, anti-histaminika i antipiretika; dok se u slučaju razvoja anafilaktičkog šoka primenjuje kompletna antišok terapija.
- *Poremećaj funkcije jetre* - prijavljene su kod primene tocilizumaba i infliximaba. Neophodno je na svakih 4-8 nedelja u prvih šest meseci, a potom na tri meseca vršiti proveru laboratorijskih parametara funkcije jetre (transaminaze, bilirubin, lipidogram).
- *Hematološki poremećaji* - karakteristična pojava bledila, umora i iscrpljenosti, pospanosti, krvarenja ili ekhimoza može ukazati na pojavu citopenije. Svakih 4-8 nedelja obavezna je kontrola krvnih parametara.
- *Hipoglikemija* - kod pacijenata sa dijagnostikovanim dijabetesom u toku primene etanercepta moguće je očekivati lošu regulaciju glukoze, te u tom smislu edukovati bolesnika i članove porodice za samopomoć i uzajamnu pomoć.
- *Neurološki poremećaji* - kod pacijenata na režimu terapije rituximabom registrovana je pojava pogoršanja postojećeg stanja ili pojava multiple skleroze (MS).
- *Pojava autoimunih oboljenja tipa Lupusa* - u cilju prevencije razvoja ovih stanja najčešće uzrokovanih primenom monoklonskih antitela preventivno se preporučuje primena Metotreksata.
- *Malignitet* - biološki lekovi koji deluju blokadom efekata TNF-a mogu izazvati pojavu nekih malignih oboljenja poput limfoma i melanoma. Neophodno je savetovati bolesniku zaštitu od sunca, redovne preglede dermatologa, kao i registrovanje pojave karakterističnih simptoma i znaka limfoma (noćno preznojavanje, gubitak telesne težine, otok limfnih žlezda i slezine, malaksalost ...).
- *Kardiološka oboljenja* - primena bioloških lekova jedan je od faktora rizika za ispoljavanje ili pogoršanje postojećih bolesti kardiovaskularnog sistema kao što su: hipertenzija, koronarna bolest, srčana insuficijencija. Neophodno je na svakih 4-8 nedelja proveravati status lipida.
- *Respiratorne bolesti* - svi pacijenti koji imaju istoriju plućnih bolesti ili ispolje simptome bolesti respiratornog trakta trebaju biti podvrgnuti ispitivanju plućne funkcije.
- *Uveitis* - pojava crvenila oka, bola, osetljivosti na svetlost, zamućenja vida i tamnih mrlja u vidnom polju znak su postojanja uveitisa. Može se pojaviti kod primene bilo kog biološkog leka i rezultirati razvojem slepila.

Prema Pravilniku o načinu prijavljivanja, prikupljanja i praćenja neželjenih reakcija na lekove (2011) zdravstveni radnici koji su u kontaktu sa lekom i pacijentom, odnosno korisnikom leka, u obavezi su da sve sumnje na neželjene reakcije na lekove koji se nalaze u prometu u Republici Srbiji pismeno prijave Regionalnom centru za farmakovigilancu ili Agenciji za lekove i medicinska sredstva Srbije.

4 Zaključak

Delotvornost i efekti primene biološke terapije zavise od poštovanja protokola njihove primene, postupka aplikacije leka, nadzora pacijenata tokom primene istog, kao i blagovremenog registrovanja lokalnih i /ili sistematskih nuspojava lekova, što predstavlja značajan delokrug rada medicinskih sestara.

Poznavanje farmakokinetike i farmakodinamike bioloških lekova, kao i poštovanje sestrinskih procedura u sprovođenju biološke terapije, nameće se kao bitan preduslov kvalitetnog i kompetentnog rada medicinskih sestara u primeni ovog modaliteta lečenja.

LITERATURA

1. Biologic response modifiers. (n.d.) RheumatoidArthritis.net. Pridobljeno 8. 8. 2017, s <https://rheumatoidarthritis.net/treatment/biologics-treatment-options-for-ra/>.
2. Curtis, J. R. in Singh, J. A. (2011). The Use of Biologics in Rheumatoid Arthritis: Current and Emerging Paradigms of Care. *Clinical Therapeutics*, 33 (6), 679–707.
3. Dayer, J. M., Feige, U., Edwards, C. K. in Burger, D. (2001). Anti-interleukin-1 therapy in rheumatic diseases. *Current Opinion in Rheumatology*, 13 (3), 170–176.
4. De Keyser, F. (2011). Choice of Biologic Therapy for Patients with Rheumatoid Arthritis: The Infection Perspective. *Current Rheumatology Reviews*, 7 (1), 77–87.
5. Dixon, W. G., Hyrich, K. L., Watson, K. D., Lunt, M., Galloway, J., Ustianowski, A. idr. (2010). Drug-specific risk of tuberculosis in patients with rheumatoid arthritis treated with anti-TNF therapy: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register (BSRBR). *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69 (3), 522–528.
6. Đurković, P. (ur.). (2010). *Sestrinske procedure, četvrto izdanje*. Beograd: Data Status.
7. Finckh, A., Ciurea, A., Brulhart, L., Kyburz, D., Möller, B., Dehler, S. idr. (2007). B cell depletion may be more effective than switching to an alternative anti-tumor necrosis factor agent in rheumatoid arthritis patients with inadequate response to anti-tumor necrosis factor agents. *Arthritis & Rheumatology*, 56 (5), 1417–1423.
8. Finney, D., Howie, L. K., Wynne, K., Cheesley, A., Savage, H. in Slack, R. (2016). *Assessing, managing and monitoring biologic therapies for inflammatory arthritis - RCN guidance for rheumatology practitioners*. Third edition. London: Royal College of Nursing.
9. Flannery, C. R., Little, C. B., Hughes, C. E., Curtis, C. L., Caterson, B. in Jones, S. A. (2000). IL-6 and its soluble receptor augment aggrecanase-mediated proteoglycan catabolism in articular cartilage. *Matrix Biology*, 19 (6), 549–553.
10. Glišić, B. in Stefanović, D. (n.d.). *Biološki lekovi*. Pridobljeno 10. 10. 2017, s https://www.vma.mod.gov.rs/bioloski_lekovi_q.pdf.
11. Khraishi, M. (2009). Comparative overview of safety of the biologics in rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology, Supplement*, 82, 25–32.
12. Manojlović, S. in Matić, Đ. (2010). *Zdravstvena nega u internoj medicini: intervencije medicinskih sestara*. Beograd: Zavod za udžbenike.
13. Naz, S. M. in Symmons, D. P. (2007). Mortality in established rheumatoid arthritis. *Best Practice & Research: Clinical Rheumatology*, 21 (5), 871–883.
14. Norman, P. (2014). Selective JAK inhibitors in development for rheumatoid arthritis. *Expert Opinion on Investigational Drugs*, 23 (8), 1067–1077.
15. Pravilnik o načinu prijavljivanja, prikupljanja i praćenja neželjenih reakcija na lekove. (2011). *Službeni glasnik Republike Srbije*, št. 64.

16. Scott, D. L. (2012). Biologics-Based Therapy for the Treatment of Rheumatoid arthritis. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 91 (1), 30–43.
17. Singh, J. A., Wells, G. A., Christensen, R., Tanjong Ghogomu, E., Maxwell, L., Macdonald, J. K. idr. (2011). Adverse effects of biologics: a network meta-analysis and Cochrane overview. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD008794.

Percepcija duhovnosti in duhovne oskrbe starostnika z vidika izvajalcev zdravstvene nege

UDK 616-053.9-083:2

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, pacienti, duhovnost, duhovna oskrba, vera

POVZETEK - Skrb za duhovne potrebe starostnika je pomemben del holističnega pristopa k pacientu. Namen prispevka je bil predstaviti cilj raziskave, s katero smo želeli ugotoviti, kakšen je odnos izvajalcev zdravstvene nege do duhovnosti oziroma izvajanja duhovne oskrbe pri zdravstveni negi starostnika v bolnišničnem okolju. Uporabljena je bila kvantitativna metoda raziskovanja, metoda deskripcije, kompilacije in sinteze. Podatke smo pridobili s tehniko anketiranja. V raziskavi je sodelovalo 35 izvajalcev zdravstvene nege, zaposlenih v Splošni bolnišnici Celje. Izvajalci zdravstvene nege, ki so bili vključeni v raziskavo, pacientu dajejo možnost, da izrazi svoja stališča glede duhovnosti ($PV = 4,20$; $SO = 0,632$). Analiza zbranih podatkov je pokazala, da je večina izvajalcev zdravstvene nege ostala neopredeljena pri trditvi, da se v kolektivu zdravstvene nege pogovarjajo o duhovnih potrebah pacienta ($PV = 2,69$; $SO = 1,278$), kljub temu pa so osveščeni ter razumejo prepričanja in stališča pacientov glede duhovnosti, duhovnih potreb in duhovne oskrbe v času bolnišnične obravnave.

UDC 616-053.9-083:2

KEY WORDS: spirituality, spiritual treatment, faith, patient, nursing care

ABSTRACT - Taking care of spiritual needs of older people is an important part of holistic approach. The overall aim of this research was to determine the attitude of the nursing staff towards spirituality and the patients' spiritual treatment when hospitalised. Quantitative method of research, method of description, compilation and synthesis were used. Information were gathered with the technique of surveys. The research included 35 nursing employees in Celje General Hospital. Nursing staff, included in the research, provide patients with the option to disclose their views on spirituality ($AV = 4.20$; $SD = 0.632$). The analysis of the collected data showed that the majority of nursing staff remained undecided at the claim that the nursing team discusses about spiritual needs of patients ($AV = 2.69$; $SD = 1.278$). In the research, we concluded that nursing staff are informed and understand the beliefs of patients' spirituality, spiritual needs and spiritual treatment during hospitalisation.

1 Teoretična izhodišča

Prebivalstvo v Sloveniji, kot tudi v evropskem prostoru se stara. Pri zdravstveni obravnavi starostnikov ne sme biti cilj zgolj podaljševanje življenja, temveč tudi kakovostno in zdravo staranje.

Čeprav duhovnost težko enoznačno opredelimo, ta predstavlja univerzalen fenomen, ki se pojavlja pri vseh ljudeh – pri tistih z verskim prepričanjem ali ateistih. Večina konceptov duhovnosti ima skupno izhodišče, ki se odražajo v odnosih ter razmerjih. Opisani so kot razmerje posameznika s seboj ali z drugimi, z naravnim okoljem, Bogom ali drugim božanstvom in kot razmerja, ki se nanašajo na smisel, upanje ter cilje, ki si jih posameznik postavi (Edwards idr., 2010). Ramovš in Ramovš (2013) povzmeta, da obstaja množica opredelitev, ki na eni strani sledijo osnovnim antropološkim izhodiščem, na drugi strani pa so izraz konkretne izkušnje, ki jo ljudje poimenujejo z besedo duhovnost. Štrancar (2014) ugotavlja, da je duhovna podpora pomembno

področje zdravstvene nege, čeprav ostaja pogosto v ozadju drugih aspektov oskrbe. Od tu izvira potreba po boljši ozaveščenosti zdravstvenih delavcev za ugotavljanje duhovnih potreb. Avtorji raziskave Ebrahimi idr. (2017) izpostavljajo, da ima lasten odnos medicinskih sester do duhovnosti in vere močan vpliv na to, koliko pozornosti bodo zaposleni v zdravstveni negi namenjali temu področju oskrbe starostnika.

Navernik (2014) je mnenja, da bi morali zaposleni v zdravstveni negi, ne glede na odnos do lastne duhovnosti, biti sposobni prepoznati duhovne potrebe starostnikov, kakor zmorejo prepoznati tudi druge njihove potrebe. Ross in Austin (2015) v raziskavi izpostavita pomembno vlogo vodij oddelkov v bolnišnicah, saj imajo prav ti pomembno vlogo pri implementaciji skrbi za paliativne paciente, organizacijo delovnega procesa in izobraževanja zaposlenih o duhovnih potrebah pacientov. Štancar (2014) poudarja, da sta duhovnost in religija pomembni področji pri zdravstveni obravnavi starostnika. Duhovno počutje pomembno vpliva na preprečevanje brezupa, žalosti, depresije, potrnosti in želje po koncu življenja. Li - Fen idr. (2015) so ugotovili, da znanje medicinskih sester na splošno sovпада s predmeti duhovne oskrbe, ki jih pacienti zahtevajo oziroma pričakujejo največ od nas. V raziskavi, ki je bila izvedena v eni izmed bolnišnic v Sloveniji med zaposlenimi v zdravstveni negi pa se je stopnja izobrazbe izkazala kot dejavnik, ki pomembno vpliva na mnenje zaposlenih v zdravstvu pri izvajanju duhovne obravnave pacientov tekom hospitalizacije. Diplomirane medicinske sestre so tem področju oskrbe pripisale večji pomen kot srednje medicinske sestre, kar lahko pripišemo dejstvu, da je tekom študija duhovna obravnava pacienta že sestavni del učnih programov študijske smeri zdravstvene nege (Karnjuš idr., 2014). Vsi izvajalci zdravstvene nege namreč nosimo odgovornost, da najprej pridobimo in nato obnavljamo znanje ter tako prispevamo k najboljšim možnim rezultatom za pacienta in tudi k svojemu kariernemu razvoju.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti in proučiti odnos izvajalcev zdravstvene nege do duhovnosti in izvajanja duhovne oskrbe starostnika v bolnišničnem okolju.

Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema, smo oblikovali naslednji raziskovalni vprašanji:

1. Katere potrebe izvajalci zdravstvene nege prepoznajo kot duhovne potrebe starostnikov in kako jih prepoznajo?
2. Kako izvajalci zdravstvene nege razumejo duhovno oskrbo starostnika v bolnišnični obravnavi?

2 Metode

Raziskovalna metoda: uporabljena je bila kvantitativna metoda raziskovanja. Uporabili smo metodo deskripcije, sinteze in komparacije.

Merski instrument: raziskavo smo izvedli z uporabo strukturiranega instrumenta v obliki anonimnega pisnega anketnega vprašalnika, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda strokovne in znanstvene literature. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz treh sklopov vprašanj. V prvem sklopu smo poleg demografskih vprašanj zastavili še

4 zaprta vprašanja z možnostjo izbire enega ali več ponujenih odgovorov. Vprašanja, ki so se nanašala na prepoznavanje duhovnih potreb pri pacientih, smo oblikovali s pomočjo prevoda Lestvice duhovnosti in duhovne oskrbe (SSCRS – Spirituality and Spiritual Care Rating Scale) avtorjev McSherryja in Jamieson (2011). Za uporabo SSCRS smo pridobili pisno soglasje. Prevod in validacijo vprašalnika za slovenski prostor so predhodno opravili Babnik in sodelavci (2014). V tretjem sklopu smo vprašanja, ki se nanašajo na kakovostno duhovno oskrbo starostnika, oblikovali na podlagi pregleda literature (Gedrih in Pahor, 2009).

Vzorec: uporabili smo neslučajnostni, priložnostni vzorec in v raziskavo vključili izvajalce zdravstvene nege zaposlene na Oddelku za infekcijske bolezni in vročinska stanja Splošne bolnišnice Celje. Skupno je bilo razdeljenih 35 anketnih vprašalnikov; vrnjenih je bilo vseh 35 anketnih vprašalnikov, kar pomeni, da je bila realizacija vzorca 100 %. 20 % anketirancev je bilo moškega in 80 % anketirancev ženskega spola. 34,3% anketirancev je bilo starih od 18-30 let, 28,6% od 31-40 let, 22,9 % od 41-50 let ter 14,3 % starih od 51-60 let. 48,6% anketirancev je končalo srednješolsko-poklicno izobrazbo in 51,4 % višjo-visokošolsko-univerzitetno izobrazbo.

Opis zbiranja in obdelave vzorca: za raziskavo smo pridobili pisno soglasje Splošne bolnišnice Celje, kjer smo izvedli raziskavo. Raziskavo smo v omenjeni bolnišnici, na Oddelku za infekcijske bolezni in vročinska stanja, izvajali od 01. 03.2017 do 20. 03. 2017. Anketiranci so bili seznanjeni z namenom in cilji raziskave, imeli so možnost odklonitve sodelovanja. Pridobljene podatke smo statistično obdelali s programom Excel in SPSS 22.0. Etični vidik raziskovanja: pri izvajanju raziskave so bili zagotovljeni vsi etični vidiki raziskovanja, v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Vsem anketirancem sta bili zagotovljeni pravica do polne pojasnitve in pravica do zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti. Vsak sodelujoči je postal informirani pristanek in je bil seznanjen, da lahko kadar koli izstopi iz raziskave.

3 Rezultati

V nadaljevanju predstavljamo rezultate opravljene raziskave med izvajalci zdravstvene nege v bolnišnični obravnavi. Najprej smo želeli ugotoviti, ali se izvajalci zdravstvene nege v kliničnem okolju srečujejo z duhovnimi potrebami pacientov, kjer smo ugotovili, da se je 21 (60 %) anketirancev v kliničnem okolju že srečalo z duhovnimi potrebami pacientov, 14 (40 %) pa ne. V nadaljevanju, kjer smo ugotavljali osebna stališča izvajalcev zdravstvene nege o odnosu med duhovnostjo in religijo, je iz rezultatov analize razvidno, da je 54,3 % anketirancev odgovorilo, da sta duhovnost in religija dva različna koncepta, ki se vsebinsko deloma pokrivata; 20,0 % anketirancev je odgovorilo, da sta duhovnost in religija identična koncepta, ki se vsebinsko popolnoma pokrivata; 25,7 % anketirancev pa je odgovorilo, da sta duhovnost in religija dva popolnoma različna koncepta in nimata skupnih področij. Z analizo podatkov smo v nadaljevanju ugotavljali, kako izvajalci zdravstvene nege vrednotijo zadovoljevanje duhovnih potreb pacienta glede na ostale aktivnosti in ugotovili, da jih 74,3 % anketi-

rancev vrednoti kot enako pomembno; 22,9 % jih vrednoti kot bolj pomembne; 2,9 % anketirancev pa jih vrednoti kot nepomembne.

Tabela 1: Prepoznavanje duhovnih potreb starostnika z vidika anketiranih izvajalcev zdravstvene nege (N = 159)

| <i>Duhovne potrebe po</i> | <i>Število odgovorov</i> |
|--|--------------------------|
| viru upanja in moči | 30 |
| izvajanja duhovnih vaj, izražanju pojma Boga ali božanstva | 13 |
| izražanju osebnih prepričanj, vrednot | 23 |
| odpuščanju | 29 |
| smislu in namenu | 20 |
| zaupanju | 25 |
| ljubezni in skladni vezi | 16 |
| ustvarjalnost | 3 |

Iz tabele 1 je razvidno, da je 35 anketiranih izvajalcev zdravstvene nege podalo 159 odgovorov na vprašanje, katere potrebe prepoznavajo kot duhovne potrebe starostnika. Z izjemo potrebe po ustvarjalnosti, so bile ostale ponujene potrebe razmeroma enakomerno pogosto izbrane. Najpogosteje, v 18,9 % so anketirani izvajalci zdravstvene nege duhovno potrebo prepoznali kot starostnikovo potrebo po viru upanja in moči (30 odgovorov), ter v 18,2 % v odpuščanju (29 odgovorov), najmanj pogosto, v 1,9 % pa so prepoznali dohovno potrebo starostnika kot potrebo po ustvarjalnosti (3 odgovori).

Tabela 2: Način prepoznavanja duhovnih potreb anketiranih izvajalcev zdravstvene nege starostnika (N = 84)

| <i>Način prepoznavanja</i> | <i>Število odgovorov</i> |
|--|--------------------------|
| starostnik jih je izrazil sam | 29 |
| s poslušanjem in opazovanjem | 27 |
| sorodniki/prijatelji starostnika | 16 |
| sodelavci (drugi izvajalci zdravstvene nege) | 8 |
| duhovnik/duhovni voditelj | 4 |

Iz tabele 2 je razvidno, da je 35 anketiranih izvajalcev zdravstvene nege podalo 84 odgovorov. Najpogosteje, v 34,5 % anketirani izvajalci zdravstvene nege prepoznavajo duhovne potrebe neposredno od starostnika (29 odgovorov), v 32,1 % jih prepoznajo s poslušanjem in opazovanjem (27 odgovorov), v 19,0 % jih prepoznajo s pomočjo sorodnikov in prijateljev starostnika (16 odgovorov), 9,5 % (8 odgovorov) jih prepozna s pomočjo sodelavcev (drugi izvajalci zdravstvene nege), najredkeje, v 4,8 % pa je vir prepoznavanja duhovnih potreb duhovnik oz. duhovni voditelj (4 odgovori).

Pri tretjem sklopu vprašanj smo ugotavljali, kako izvajalci zdravstvene nege razumejo duhovno oskrbo starostnika v bolnišnični obravnavi.

Tabela 3: Opisna statistika za trditve lestvice razumevanje duhovne oskrbe starostnika

| <i>Razumevanje duhovne oskrbe starostnika</i> | | | | |
|---|---------------------------|--------------------------|------------|-------------|
| <i>Trditve</i> | <i>Povprečna vrednost</i> | <i>Standardni odklon</i> | <i>Min</i> | <i>Maks</i> |
| Da lahko preživlja čas z družino in prijatelji | 4,69 | ,471 | 4 | 5 |
| Da je lahko sam, če želi biti | 4,66 | ,539 | 3 | 5 |
| Da ga obiskuje verski oz. duhovni svetovalec, če to želi | 4,66 | ,591 | 3 | 5 |
| Da ima možnost verskih obredov, če to želi | 4,40 | ,946 | 1 | 5 |
| Da se ima možnost pogovarjati o negativnih občutkih, strahovih | 4,63 | ,547 | 3 | 5 |
| Da ima možnost povedati, kakšne želje ima glede umiranja | 4,74 | ,443 | 4 | 5 |
| Da soodloča o tem, kakšna bo njegova zdravstvena obravnava v času umiranja | 4,66 | ,591 | 3 | 5 |
| Da so duhovne potrebe in njihovo zadovoljevanje pomembne glede na njihove druge potrebe | 4,54 | ,701 | 3 | 5 |

Iz tabele 3 je razvidno, kako anketirani izvajalci zdravstvene nege razumejo duhovno oskrbo starostnika v bolnišnični obravnavi. Opisna statistika je pokazala, da so anketirani najvišjo povprečno vrednost (PV = 4,74) dosegli pri trditvi, da ima starostnik možnost povedati, kakšne želje ima glede umiranja, najnižjo (PV = 4,40), pa pri trditvi, da ima možnost izbire oziroma udeležbe verskih obredov, če to želi. Standardni odklon prikazuje, da so bili rezultati najbolj razpršeni pri trditvi, da ima starostnik možnost izbire oziroma udeležbe verskih obredov, če to želi, najmanj pa pri trditvi, da ima možnost povedati, kakšne želje ima glede umiranja.

4 Razprava

Prvo raziskovalno vprašanje se je glasilo: Katere potrebe izvajalci zdravstvene nege prepoznajo kot duhovne potrebe starostnikov in kako jih prepoznajo? Ugotovili smo, da zaposleni v zdravstveni negi kot duhovno potrebo starostnikov največkrat prepoznajo v njihovem viru upanja in moči, v odpuščanju, v zaupanju ter v smislu in namenu življenja. Štancar (2007) opisuje, da duhovna razsežnost človeka pomeni, da se starostnik ukvarja z osnovnimi življenjskimi vprašanji o smislu življenja in o njegovih najglobljih temeljih (ljubezen, odnos, sreča, mir, krivda, ...) in predvsem v fazi bolezni išče in izkazuje svoj smisel oziroma razumevanje življenja. Medtem pa Ross in Austin (2015) opozorita, da so verske potrebe morda lažje prepoznane kot duhovne, saj so prav te potrebe drugačne in vključujejo pojme, ki jih izvajalci zdravstvene nege morda tradicionalno ne bi uvrstili med duhovne potrebe, zato se morajo le-ti zavedati širine duhovnosti.

Z raziskavo smo ugotovili, da izvajalci zdravstvene nege starostnikove duhovno potrebe najlažje prepoznajo tako, da jih izrazi sam, ali pa jih prepoznajo s poslušanjem in opazovanjem starostnika. Ebrahimi in sodelavci (2017) poudarijo kompetence medicinske sestre pri duhovni oskrbi, ki vključujejo specifična znanja, veščine, sposobnosti, osebnostne značilnosti in motiviranost posameznika, ki jih posledično lahko zaznamo v obliki uspešno opravljenega konkretnega dela. Berklova (2008) pa izpostavi, da je bolj kot količina odnosov starostniku pomembna njihova vsebina. Zaposleni, ki so dnevno v stiku s starostniki, so tudi njihovi prvi sogovorniki za področje duhovnosti oziroma duhovne dimenzije.

V nadaljevanju smo odgovorili na drugo raziskovalno vprašanje: Kako izvajalci zdravstvene nege razumejo duhovno oskrbo starostnika v bolnišnični obravnavi? Ugotovili smo, da izvajalci zdravstvene nege relativno dobro razumejo duhovno oskrbo starostnika v bolnišnični obravnavi. Podobno kot lahko zasledimo v literaturi je starostniku omogočeno, da lahko v smislu zagotavljanja njegovih duhovnih potreb več časa preživi z najbližnjimi ali pa je bodisi sam, če si želi tega. Starostnik ima možnost povedati, kakšne želje ima glede umiranja, žal pa jim verjetno zaradi narave bolezni in slabega fizičnega stanja težko omogočimo, da se lahko udeležijo verskih obredov. Po mnenju avtorjev Babnik idr. (2014) večji pomen samim duhovnim potrebam pacientov pripisujejo tisti zaposleni, ki se opredeljujejo kot verne, kar nakazuje, da zaposleni pogosteje povežejo duhovnost z religijo. Medtem pa Navernik (2014) izpostavi, da bodo tisti starostniki, ki niso verni, svojo bližino z drugimi našli v neposrednih odnosih, pogosto prav z izvajalci zdravstvene oskrbe.

Raziskava ima omejitve v izbrani metodi raziskovanja in vzorcu. Rezultati naše raziskave niso bistveno drugačni od raziskav, opravljenih v tujini. Zaradi majhnega (vključeni izvajalci zdravstvene nege na enem oddelku v bolnišnici) in priložnostno izbranega vzorca udeležencev v opravljeni raziskavi, rezultati ne odražajo celotne populacije zaposlenih v zdravstveni negi, zato posploševanje rezultatov ni možno.

5 Zaključek

Ljudje se med seboj razlikujemo, vendar pa nam je skupno človeško dostojanstvo. V odnosu do starostnika je spoštovanje njegovega dostojanstva še posebej pomembno. Upanje je pot v prihodnost in najlažje ga razumemo ravno preko njegovega nasprotja – obupa. Osebnostna integriteta medicinskih sester, ki vključuje tudi poznavanje lastne duhovnosti, je pri delu s starostniki izjemnega pomena. Če želimo izvajati holistično zdravstveno nego, potem je potrebno pri načrtovanju zdravstvene nege upoštevati tudi duhovno oskrbo starostnika.

Skozi prispevek smo predstavili vlogo izvajalcev zdravstvene nege pri duhovni oskrbi starostnika v bolnišnični obravnavi. Za dobro prepoznavanje in kasnejšo izvedbo duhovne oskrbe je pomembno dobro razumevanje koncepta duhovnosti, ki je prepogosto zaradi svoje dimenzije velikokrat razumljen napačno. Čeprav se na osebni ravni zavedamo, da se duhovnost dotika konkretnega življenja vsakega starostnika, v vsakodnevni

praksi tega prepričanja ne uporabljamo dosledno. Številni avtorji so mnenja, da se pri starostniku koncept duhovnosti vrti okoli smisla življenja ter povezovanja.

Predstavljeni teoretični pregled in rezultati raziskave nudijo izhodišča za nadaljnji razvoj področja zdravstvene nege. Menimo, da je raziskovanje na področju duhovne obravnave starostnika pomembno, saj lahko le na tak način v klinično okolje prenašamo nove ugotovitve in spoznanja in s tem spreminjamo in izboljšujemo obstoječo prakso na področju celostne obravnave starostnika. Ustrezno izobraževanje zaposlenih in ustrezna selekcija pri izbiri novo zaposlenih, ki bodo s tega področja prinesli dodatna znanja in izkušnje je pomembna naložba za izvajanje kakovostnejše duhovne oskrbe starostnikov v bolnišnicah.

LITERATURA

1. Babnik, K. idr. (2014). Duhovne potrebe in duhovna oskrba pacientov: ugotovitve dveh uvodnih raziskav. *Revija Slovenskega društva za medicinsko informatiko Informatica Medica Slovenica*, 19 (1–2), 12–18.
2. Berkl, L. E. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Ebrahimi, H., Namdar, A. H., Asghari, J. M. in Golipoor, S. (2017). Health Care Providers' Perception of Their Competence in Providing Spiritual Care for Patients. *Indian Journal of Palliative Care*.
4. Edwards, A., Pang, N., Shiu, V. in Chan, C. (2010). The Understanding of Spirituality and the Potential Role of Spiritual care in End-of-life and Palliative Care: a meta-study of qualitative research, *Palliative Medicine*, 24 (8), 753–770. Pridobljeno 25. 4. 2017, s <http://www.msmanuals.com/professional>.
5. Gedrih, M. in Pahor, M. (2009). Percepcija duhovnosti in duhovne oskrbe v domovih starejših občanov v Ljubljani – perspektivi stanovalcev in oskrbovalcev. *Obzor Zdr N*, 43 (3), 191–200.
6. Karnjuš, I., Ratoša, G. in Babnik, K. (2014). Upoštevanje duhovnih in verskih potreb pacientov v bolnišničnem okolju – pilotna študija. V Š.T. Kolnik, D. Ravnik, K. Babnik, M. Bulič (ur.), *Zdravstvena nega v javnem zdravju*. (str. 199–207). Koper: Založba Univerze na Primorskem.
7. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Uradni list RS št. 71. Pridobljeno 20. 10. 2017, s: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2014-01-2937/kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-slovenije>.
8. Li - Fen, W., Malcolm, K., Hui - Chen, T., Yu - Chen, L. in Yuh - Min, C. (2015). Concordance between nurses' perception of their ability to provide spiritual care and the identified spiritual needs of hospitalized patients: A cross-sectional observational study. *Nursing and Health Sciences*, 17, 426–433.
9. McSherry, W. in Jamieson, S. (2011). An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*, 20, 1757–1767.
10. Navernik, I. (2014). Duhovnost starejših in skrb zanjo v slovenskih domovih starejših (Magistrsko delo). Maribor: Doba fakultete za uporabne poslovne in družbene študije Maribor.
11. Ramovš, J. in Ramovš, M. (2013). Duhovne potrebe in zmožnosti v luči staranja in sožitja. V J. Ramovš (ur.), *Staranje v Sloveniji – raziskava o potrebah, zmožnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije* (str. 443–474). Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
12. Ross, L. in Austin, J. (2015). Spiritual needs and spiritual support preferences of people with end-stage heart failure and their carers: implications for nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 23, 87–95.
13. Štrancar, K. (2014). Razumevanje duhovnosti v kontekstu paliativne oskrbe in njen pomen. V Š. T. Kolnik, D. Ravnik, K. Babnik in M. Bulič (ur.), *Zdravstvena nega v javnem zdravju* (str. 193–198). Koper: Založba Univerze na Primorskem, Koper.

Intervencije medicinske sestre i zadovoljstvo bolesnika radom službe kućnog lečenja

UDK 616-083-052:649

KLJUČNE REČI: medicinske sestre, kućna nega, pacijenti, zadovoljstvo

POVZETEK - Savremene dijagnostičke i terapijske procedure doprinele su poboljšanju zdravlja ljudi, a samim tim i produženju života. Sve je više starih ljudi kojima je neophodno pružiti kvalitetnu zdravstvenu zaštitu uprkos komorbiditetu. Zdravstvena nega u kući predstavlja profesionalno područje rada medicinskih sestara gde je ona osposobljena za prepoznavanje problema starih osoba sa stanovišta nege. Prednosti pružanja zdravstvene nege u kući stare osobe su oslobađanje postelja u bolnicama za akutna i urgentna stanja, korisnici se osećaju prijatnije jer su okruženi svojom porodicom, zdravstveno – vaspitni rad je moguć ne samo sa pacijentom već i sa članovima njegove porodice. Cilj ovog rada je bio utvrđivanje potreba za negom bolesnika kao i njihovo zadovoljstvo radom medicinskih sestara u službi kućnog lečenja Gradskog zavoda za gerontologiju u Beogradu. Ispitanici su bili bolesnici – korisnici službe kućnog lečenja Gradskog zavoda za gerontologiju u Beogradu i medicinske sestre zaposlene u službi kućne nege i lečenja koji su popunjavali anketni list konstruisan za potrebe ovog rada. Rezultati pokazuju da više od dve trećine bolesnika koristi usluge zavoda za gerontologiju između jedne i pet godina, a 80 % ispitanika ima potrebu za zdravstvenom negom u kući radi primene terapije, provere vrednosti vitalnih parametara i održavanja lične higijene. Svi ispitanici su zadovoljni pruženom zdravstvenom negom.

UDK 616-083-052:649

KEY WORDS: nurses, home care, patients, satisfaction

ABSTRACT - Modern diagnostic and therapeutic procedures have contributed to the improvement of human health, and consequently, to extending life. The number of older people, who need quality health care, is increasing despite the comorbidity. Nursing care at home is a professional field of work of nurses, where they are able to identify problems of older people from the point of view of health care. Benefits of providing nursing care at home are: release of patients beds in hospitals for acute and urgent conditions, users feeling more comfortable because they are surrounded by their family, and health care and research is possible not only with the patient, but also with their family members. The aim of this paper was to determine the needs for the patients' care and their satisfaction with the work of nurses in the home care service of the Institute for Gerontology, Home Treatment and Care Belgrade. The subjects were patients - users of home treatment of the Institute for Gerontology, Home Treatment and Care Belgrade, and nurses employed in the service of home treatment and care, who completed the questionnaire designed for this research. The results show that more than two thirds of patients use the services of the Institute for Gerontology between one and five years, 80% of the respondents have a need for care at home, namely for the application of therapy, control of vital parameters, and for maintaining personal hygiene. All patient respondents are satisfied with the provided nursing care.

1 Uvod

Godinama unazad se veliki broj evropskih zemalja suočava sa ozbiljnim demografskim problemima i izazovima u odnosu na smanjenje broja stanovništva, pad fertiliteta i posledično sve izraženijim starenjem. Republika Srbija takodje prati ovaj evropski trend i jedna je od starijih država Evrope (Matković, 2012). Starenje je proces koji počinje relativno rano i traje dugo, zahvata svako živo biće pa i čoveka. U početku je neprimetno, ali sa približavanjem šezdesetoj godini znaci starenja postaju sve izraže-

niji, životna sposobnost se sve više gubi i javljaju se osnovni znaci starosti: slabost i nemoć (Ranković Vasiljević, Stojanović Jovanović in Terzić Marković, 2015, str. 115). Savremene dijagnostičke i terapijske procedure doprinele su poboljšanju zdravlja ljudi, a samim tim i produženju života. Sve je više starih ljudi kojima je neophodno pružiti kvalitetnu zdravstvenu zaštitu uprkos komorbiditetu. Ovakvo stanje predstavlja izazov za organizovanje i obezbeđivanje usluga zdravstvene zaštite.

Prema definiciji SZO (Svetska Zdravstvena Organizacija), kućno lečenje je »obezbeđivanje zdravstvenih i drugih usluga u kući, obolelim i invalidnim licima kojima nije neophodan smeštaj u institucijama« (Bojković, 2002, str. 229). Imajući u vidu zdravstveno stanje stare osobe, opšte uslove za zdravstvenu negu i lečenje u kući, zdravstvena nega može biti:

- primarna nega i lečenje (bez prethodnog boravka u hospitalnim ustanovama);
- sekundarna nega i lečenje (nakon boravka u hospitalnim ustanovama). Zdravstveno stanje i potrebe stare osobe utiču na trajanje zdravstvene nege u kući (Šarenac, 2009, str. 114).

Zdravstvena nega u kući je profesionalno područje medicinskih sestara, a pojam kućna nega je oblik nege i brige za bolesnike od strane različitih učesnika koji su prošli posebnu obuku »kućna nega bolesnih i povredjenih«. Zdravstvena nega u kući i lečenje u kući predstavljaju dva posebna stručna područja primarne zdravstvene zaštite ali su funkcionalno povezana i skladno se dopunjuju (Bojković, 2002).

Karakteristike kućne nege se ogledaju u njenim principima, zadacima i značaju postojanja. Osnovni principi kućne nege su posedovanje određenog znanja, princip saradnje, ekonomičnosti, bezbednosti, aktivacije i princip udobnosti. Zadaci kućne nege su briga o ličnoj higijeni, posmatranje bolesnika, staranje o pravilnoj ishrani, sprovođenje zdravstveno vaspitnog rada, primena lekova po uputstvu lekara i sprovođenje jednostavnih radnji. Prednosti pružanja zdravstvene nege u kući stare osobe su oslobađanje postelja u bolnicama za akutna i urgentna stanja, korisnici se osećaju prijatnije jer su okruženi svojom porodicom, zdravstveno – vaspitni rad je moguć ne samo sa pacijentom već i sa članovima njegove porodice.

Da bi se realizovalo kućno lečenje i nega, neophodno je da pacijent živi sa porodicom ili da ima u blizini susede koji ga mogu nadgledati, poželjno je da pacijent ima svoju sobu ili bar ležaj, da ima odgovarajuću postelju, krevet, da u stanu ima tople vode, dovoljno posteljine i ličnog rublja. Treba da postoji mogućnost održavanja čistoće rublja i stana kao i mogućnost provetravanja prostorije u kojoj boravi pacijent. (Šarenac, 2009). Sestrinske intervencije, dijagnostičke i terapijske procedure koje se mogu sprovesti u kućnim uslovima su aplikacija terapije (peroralne, parenteralne, primena infuzija), inhalacije, kateterizacija mokraćne bešike i ispiranje, EKG, sprovođenje veštačke ishrane, primena toplote i hladnoće, učestvovanje u sprovođenju složenijih zahvata (peritonealna dijaliza, davanje kiseonika).

Zdravstvene potrebe starih su velike, prisutna je specifična simptomatologija oboljenja kao i različitost u odnosu na druge grupe korisnika zdravstvene zaštite. Zdravstvena zaštita starih u Srbiji je regulisana Ustavom i Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Populaciji starijih u našoj zemlji primarna zdravstvena zaštita obezbeđuje se kroz

usluge koje pružaju domovi zdravlja i kroz kućna lečenja. Sekundarna i tercijarna zaštita obezbeđuje se u gerijatrijskim jedinicama u okviru kliničko - bolničkih centara i u stacionarima u okviru domova za stare. Nedostaje veći broj gerijatrijskih bolnica, odnosno gerijatrijskih odeljenja u kojima bi se adekvatno odgovorilo na zdravstvene potrebe starih. Zavod za gerontologiju u Beogradu je jedinstvena i specijalizovana zdravstvena ustanova koja obezbeđuje vaninstitucionalnu zdravstvenu zaštitu starih, radi po modelu multidimenzionalnog pristupa u proceni stanja zdravlja, uključujući ne samo procenu fizičkog i mentalnog zdravlja, već i socijalnog, funkcionalnog statusa obolelog, kao i subjektivnu procenu zdravlja. U obavljanju svakodnevne zdravstvene delatnosti u Zavodu se pružaju preventivne, dijagnostičke, terapijske i rehabilitacione usluge starijima, teško obolelim i funkcionalno zavisnim osobama na teritoriji gradskih opština Beograda. Pravo na kućno lečenje i negu Gradskog zavoda za gerontologiju imaju osobe stare 65 i više godina, pod uslovom da postoje medicinske indikacije i sanitarno-higijenski uslovi za njihovo sprovođenje.

Zavod obezbeđuje i palijativno zbrinjavanje osobama obolelim od neizlečivih bolesti u terminalnoj fazi.

Svakog prijavljenog pacijenta obilazi tim za prijem i procenu funkcionalnog stanja, koji procenjuje ispunjenost uslova za prijem pacijenta, donosi odluku o prijemu i načinu lečenja, nege i palijativnog zbrinjavanja. Nakon prijema u Zavod, ordinirajući lekar sa određene teritorije i sestra u timu, obavljaju prvu posetu i otvaraju istoriju bolesti. Lekar pravi plan dijagnostičkih i terapijskih postupaka i zahteva neophodne dodatne konsultativne preglede. Istovremeno kod bolesnika započinje zdravstvena nega prema individualnom programu nege. Program nege čine opšta i specijalna nega uz svakodnevnu procenu parametara zdravstvenog stanja bolesnika od strane medicinske sestre (Žikić, 2007).

2 Metod rada

Istraživanje je realizovano po tipu studije preseka. Instrument istraživanja je bio anketni list za korisnike kućnog lečenja Gradskog zavoda za gerontologiju u Beogradu. Anketni list je sačinjen od 21 pitanja koja su konstruisana za potrebe ovog rada. Pitanja se odnose na opšte podatke o korisniku, zdravstveno stanje korisnika, mišljenje i zadovoljstvo korisnika pruženom kućnom negom. Drugi anketni list je za medicinske sestre zaposlene u Službi kućnog lečenja Gradskog zavoda za gerontologiju u Beogradu. Uzorak korišćen za izradu ovog rada čine 30 korisnika službe kućnog lečenja Gradskog zavoda za gerontologiju u Beogradu i 30 medicinskih sestara zaposlenih u službi kućnog lečenja zavoda. Istraživanje je sprovedeno u junu 2017. godine u stano-vima korisnika službe kućnog lečenja Gradskog zavoda za gerontologiju, na teritoriji opštine Čukarica. Istraživanje je odobreno od Stručnog saveta Gradskog zavoda za gerontologiju u Beogradu uz dobrovoljni pristanak pacijenata za učešće u istraživanju.

Cilj ovog rada je bio utvrđivanje potreba za negom bolesnika kao i njihovo zadovoljstvo radom medicinskih sestara u službi kućnog lečenja zavoda za Gerontologiju u Beogradu.

3 Rezultati

U uzorku od 30 ispitanih korisnika službe kućnog lečenja i nege 40 % njih ima preko 80 godina života, 18 ispitanika (60 %) je ženskog pola, a 46,67 % korisnika je sa završenom srednjom školom (Tabela 1).

Tabela 1: Sociodemografske karakteristike korisnika službe kućnog lečenje Zavoda za Gerontologiju u Beogradu

| <i>Varijable</i> | | <i>n (N = 30)</i> | <i>%</i> |
|------------------|----------------|-------------------|----------|
| Pol | Muški | 12 | 40 |
| | Ženski | 18 | 60 |
| Godine života | 65 – 69 godina | 4 | 13,33 |
| | 70 – 74 godine | 6 | 20 |
| | 75 – 79 godina | 8 | 26,67 |
| | 80 i više | 12 | 40 |
| Nivo obrazovanja | Bez škole | 6 | 20 |
| | Osnovna škola | 4 | 13,33 |
| | Srednja škola | 14 | 46,67 |
| | Fakultet | 6 | 20 |

Više od polovine ispitanih pacijenata (60 %) živi samo, 40 % korisnika živi sa bračnim partnerom, svoje potomstvo ima 80 % pacijenata. Sve ispitane pacijente često posećuju deca ili rodbina. S obzirom da nam je uzorak starija populacija, značajno je prisutno postojanje hroničnih bolesti (90 %). Samostalno može da ustaje i da se kreće petina ispitanih (20 %), više od jedne trećine (33,33 %) ne ustaje iz postelje. Kontrola nagona za mokrenje je prisutna kod 70 % pacijenata, ali 26,67 % korisnika usluga kućne nege koristi pelene za odrasle. Orijentisanost u vremenu i prostoru je očuvana kod 20 % korisnika, delimično je očuvana kod 60 % ispitanih pacijenata dok dezorijentisanih je 20 % korisnika. Više od dve trećine ispitanika (70 %) usluge Zavoda koristi između jedne i pet godina, njih 8 (26,67 %) korisnici su usluga više od pet godina, a samo 1 (3,33 %) korisnik usluge koristi manje od godinu dana.

Od svih anketiranih, većina (80 %) ima potrebu za zdravstvenom negom u kući radi primene terapije, provere vrednosti vitalnih parametara i održavanja lične higijene, dok se kod njih 6 (20 %), samo kontrolišu vitalni parametri. Potrebu za posetom medicinske sestre pet dana u nedelji ima 80 % ispitanika, dok petinu ispitanih korisnika (20 %) medicinska sestra posećuje dva do tri puta nedeljno.

Svi ispitani korisnici Zavoda za gerontologiju su izrazili veliko zadovoljstvo u odnosu na komunikaciju sa medicinskom sestrom, dobijenim informacijama od medicinskih sestara kao i kvalitetom pružene nege. Korisnicima apsolutno smeta česta promena medicinskih sestara koje ih obilaze. Prema dobijenim podacima, 80 % korisnika je

zadovoljno vremenom koje im sestra posvećuje, njih 20 % smatra da bi posete mogle ponekad da traju i malo duže, a nezadovoljnih dužinom trajanja posete nema. Svih 30 ispitanika smatra da medicinske sestre u službi kućnog lečenja svoj posao obavljaju profesionalno.

Među anketiranim medicinskim sestrama, većina njih, čak 27 (90 %) ima završenu srednju školu, dok su samo 3 (10 %) završile višu školu. Visokoobrazovanih medicinskih sestara, kao ni sestara sa završenom specijalizacijom nema među anketiranim sestrama. S obzirom na kompleksnost rada sa starim ljudima kao i da medicinska sestra treba da obavi dosta samostalnih intervencija, neophodno je da se poveća broj zaposlenih medicinskih sestara sa visokim obrazovanjem, jer to ujedno doprinosi i poboljšanju pruženih zdravstvenih usluga. Sve ispitne medicinske sestre imaju više od deset godina radnog staža i više od 5 godina radnog staža u službi kućnog lečenja i nege. Sve su delimično zadovoljne svojim radnim mestom i smatraju da je neophodno posedovanje specifičnih stručnih znanja za rad na terenu. Medicinske sestre imaju jedinstven i zajednički stav da je rad na terenu rizičniji od rada u zdravstvenoj ustanovi, premalo je finansijski vrednovan i sve sestre brinu za svoju bezbednost. Neadekvatni uslovi za rad u stanovima korisnika, izolovanost od kolektiva, nehigijena u stanovima i mnogo pešačenja su razlozi koji im ometaju rad na terenu.

Od ukupno 30 anketiranih medicinskih sestara, ni jedna od njih ne smatra da ima adekvatne uslove za rad u stanovima korisnika, 60 % smatra da su uslovi za rad delimično odgovarajući, dok njih 40 % ispitanih medicinskih sestara smatra da nema adekvatne uslove za rad. U najvećoj meri problem predstavlja neadekvatna bolesnička postelja, nedostatak opreme kao i nehigijena u stanovima.

Tabela 2: Distribucija odgovora medicinskih sestara o mogućnosti promene radnog mesta

| <i>Promena radnog mesta</i> | <i>n (N = 30)</i> | <i>%</i> |
|---|-------------------|----------|
| Da, bez premišljanja | / | / |
| Možda, zavisi od ustanove u koju bih prešla | 29 | 96,67 |
| Ne | 1 | 3,33 |

Iako su se sve anketirane medicinske sestre složile da je rad na terenu specifičan i teži u odnosu na rad u ustanovi, nijedna od njih ne bi promenila radno mesto bez premišljanja, 96,67 % bi ramislilo o promeni radnog mesta u zavisnosti od ustanove u koju bi prešle da rade, a samo 1 (3,33 %) ispitanica je odgovorila da ne bih promenila svoje radno mesto (Tabela 2).

4 Diskusija

Ispitivanja zadovoljstva pacijenata pružnom uslugom predstavlja značajan segment za procenu kvaliteta pružanja zdravstvene usluge u celini ali i ishoda nege. Pregledom literature se može uočiti da se takva ispitivanja više odnose na zadovoljstvo bolesnika u bolničkim uslovima, a manje je ispitivanja o zadovoljstvu bolesnika kućnim leče-

njem i negom. Chaves i Santos (2016) su u svom istraživanju koje je realizovano u Portugalu ispitivali zadovoljstvo pacijenata pruženom zdravstvenom negom u kući bolesnika. Prilikom procene zadovoljstva korisnika kućne nege radom sestara ispitivali su sledeće pokazatelje: dostupnost, interesovanje, pažnju, pomoći poverenje bolesnika u medicinsku sestru. Njihovi rezultati takodje pokazuju visok nivo zadovoljstva bolesnika radom medicinskih sestara naročito onih koji se odnose na poverenje, pažnju, interesovanje i kvalitet komunikacije. Razlika je uočena u nivou obrazovanja pacijenata, Chaves i Santos navode da im je preko 40 % bolesnika nepismeno, dok naše istraživanje pokazuje da 20% ispitanih nema završenu školu.

Sakai (2016) je uporedjivao zadovoljstvo analizirajući pacijente i medicinske sestre. Multivarijacionom analizom je otkriveno da su pacijenti zadovoljniji radom medicinskih sestara koje imaju više radnog staža i više godina života. Naše istraživanje nije koristilo taj statistički proračun jer u uzorku nije bilo mlađih medicinskih sestara i onih koje imaju malo radnog staža. Medjutim, zajedničko je što pacijenti imaju potrebu da se medicinske sestre duže zadrže kod pacijenata prilikom posete. Posmatrajući rezultate kod medicinskih sestara, uočavaju se isti problemi kao kod našeg istraživanja (mnogo pešačenja, nedovoljno vremena za rad).

Paiva (2011) navodi problem obrazovanja medicinskih sestara koje rade u kućnoj nezi, nezadovoljstvo finansijama, što se poklapa i sa podacima našeg rada. Samo dve medicinske sestre su u Paivinom istraživanju imale specijalizaciju iz gerontologije, ostale sestre nisu imale specifična znanja za rad u kućnoj nezi. Primetno je poklapanje rezultata više studija u odnosu na vrednovanje sestrinskog rada, neadekvatna zarada predstavlja problem i u drugim istraživanjima (Chavesa, 2016; Paiva, 2011; Sakai, 2016).

S obzirom da se procena zadovoljstva bolesnika pruženom negom prati i vrednuje na različite načine, odnosno upotrebom različitih instrumenata, teško je detaljnije poređiti rezultate različitih studija.

5 Zaključak

Poznavanje aspekata kućne nege (mentalni, vaspitni, socijalni i društveni) je veliki korak za poboljšanje uslova rada službi kućnog lečenja i njihovog razvoja. Značaj kućne nege se primećuje u većoj prijatnosti obolelih da budu u svojim kućama, podizanju opšteg zdravstvenog i kulturnog nivoa stanovništva, ekonomičnosti, oslobadjanju postelja u bolničkim uslovima.

U cilju poboljšanja rada službe kućnog lečenja Gradskog zavoda za gerontologiju, kao i povećanja bezbednosti i zadovoljstva uslovima rada medicinskih sestara koje rade na terenu poželjno je da u službi kućnog lečenja rade medicinske sestre sa visokim obrazovanjem koje poseduju dovoljno iskustva i veština, naročito specifičnih znanja iz oblasti gerontologije, ali i da budu relativno mlade i sposobne za fizičko opterećenje (pešačenje i stajanje).

Zbog specifičnih i otežanih uslova rada, medicinske sestre iz službe kućnog lečenja bi trebale da budu finansijski drugačije vrednovane, da imaju dodatak na platu za rad na terenu.

U cilju očuvanja bezbednosti medicinskih sestara, poželjno je da one dobiju status službenog lica. Neophodna je veća angažovanost države, kako bi se poboljšali uslovi života korisnika kućnog lečenja, što bi doprinelo poboljšanju uslova rada medicinskih sestara u stanovima tih korisnika. Medicinskim sestrama koje rade na terenu potrebno je omogućiti duži odmor, kao i razne vidove rekreacije i druženja, jer su zbog prirode posla izolovane iz kolektiva.

LITERATURA

1. Bojković, N. (2002). Zdravstvena nega u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Beograd: Jovan.
2. Chavesa, C. in Santosa, M. (2016) Patient satisfaction in relation to nursing care at home. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 217, 1124–1132.
3. Gradski zavod za gerontologiju. Pravo na kućno lečenje i negu. Pridobljeno 2. 10. 2017, s <http://www.gerontology.co.rs/pravo.htm>.
4. Matković, G. (2012). Dugotrajna nega starih u Srbiji – stanje, politike i dileme. *Stanovništvo*, 1.
5. Paiva Flávia Feliciano, S., Adelaide de Mattia, R. in Cardoso Dalva Ferreira, L. (2011). Professional satisfaction of nurses working with home care. *Rev Esc Enferm USP*, 45 (6), 1444–1450.
6. Ranković Vasiljević, R., Jovanović Stojanović, B. in Terzić Marković, D. (2015). Metodika i organizacija zdravstvene nege. Beograd: VZŠ.
7. Sakai, M., Takashi N. in Satoko, N. (2016). Relational coordination between professionals predicts satisfaction with home visit nursing care. *Clinical Nursing Studies*, 1, (4).
8. Šarenac, D. (2009). Zdravstvena nega starih. Beograd: Licej.
9. Žikić, Lj. (2007). Model zbrinjavanja starih u kućnim uslovima. U M. Tasić (ur.), *Gerijatrijski praktikum* (str. 20–23). Beograd: Draslar partner.

Stavovi studenata zdravstvenih studija o odlasku iz zemlje – uporedna analiza Srbija, Hrvatska, Slovenija

UDK 331.556.4:378

KLJUČNE REČI: »Odliv mozgova«, studenti, zdravstvene studije

POVZETEK - Problem »odliva mozgova« je veoma prisutan u svim društvenim krugovima. V zemljama bivše Jugoslavije mladi obrazovani ljudi napuštaju matične zemlje u nezavidno velikom broju. Najčešće se govori upravo o zdravstvenim radnicima, posebno o medicinskim sestrama. Istraživanje i prikazani rezultati za cilj su imali otkrivanje stavova studenata zdravstvenih studija u Srbiji, Hrvatskoj i Sloveniji o odlasku iz zemlje i radu ili nastavku studija u inostranstvu. Istraživanje je sprovedeno tokom letnjeg semestra 2016/17. godine uz saradnju studenata osnovnih studija tri visokoškolske ustanove za obrazovanje medicinskih sestara: Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu, Srbija, Sveučilište Sjever, Odjel Sestrinstvo, Varaždin, Hrvatska i Fakultet za zdravstvene vede, Novo mesto, Slovenija. Uzorak je nameran. Većina ispitanika iz uzorka (više od dve trećine) pokazuje pojačano interesovanje za potragom za poslom van granica matične zemlje. Ovim inicijalnim istraživanjem je napravljen pokušaj da se identifikuju i razlozi napuštanja zemlje. Iako među rezultatima ima razlike u odnosu na zemlju porijekla, ispitanici su saglasni da su razlozi odlaska pre svega bolji uslovi života i nedovoljno plaćeni poslovi »kod kuće«, kao i novo iskustvo.

UDC 331.556.4:378

KEY WORDS: "brain drain", students, health sciences

ABSTRACT - The "brain-drain" issue is very present in all social circles. Young educated people from Ex-Yugoslav countries are leaving their motherlands in unenviably large numbers. Most commonly, these are healthcare professionals, especially nurses. The goal of the exploratory research and the presented results was to discover the attitudes of students of health sciences in Serbia, Croatia and Slovenia on leaving the country and working or continuing studies abroad. The research was conducted during the 2016/17 summer semester in cooperation with students at basic studies at three higher education institutions educating prospective nurses: College of Health and Professional Studies in Belgrade, Serbia, University North, Department of Nursing, Varaždin, Croatia, and Faculty of Health Sciences, Novo mesto, Slovenia. The sample was intentionally selected. Most of the subjects from the sample (over two thirds) expressed an increased interest in looking for work outside their motherland's borders. By this initial research, an attempt was also made to identify reasons for leaving one's country. Although there are differences among the subjects depending on the country of origin, the subjects agree that reasons for leaving are primarily better living conditions and insufficiently paid jobs "at home", as well as new experience.

1 Fenomen »Odliva mozgova«

Problem »odliva mozgova« je veoma prisutan u svim društvenim krugovima. O njemu se dosta govori i u medijima, a često se manipuliše podacima o broju onih koji napuštaju matičnu zemlju u potrazi za boljom budućnosti.

Termin »odliv mozgova« prvi put je upotrebljen od strane Britanskog kraljevskog društva i odnosio se na egzodus naučnika iz Britanije u Ameriku i Kanadu tokom pedesetih i šezdesetih godina prošlog veka (Cervantes i Guellec, 2002). Međutim, danas

se termin koristi kako bi se opisalo emigriranje visoko obrazovanog kadra iz matičnih zemalja. Važno je pomenuti da se u ovom slučaju podrazumevaju uglavnom kadrovi inženjera, lekara, naučnika, i uopšte drugih visoko obrazovanih ljudi koji imaju univerzitetsku diplomu (Rapoport i Docquier, 2006). Naše interesovanje je privukla ekspanzija odlaska visoko kvalifikovanih medicinskih sestara. Migracije se obično dešavaju na relaciji nerazvijenih zemalja i zemalja u razvoju ka razvijenim zemljama, ali može se govoriti i o pomeranju iz ruralnih u urbana područja sa visokim primanjima, o čemu bi moglo biti reči u nekom drugom radu.

Obzirom da je ljudski kapital pokretač razvoja svake zemlje može se zaključiti da odliv mozgova iz nerazvijenih i zemalja u razvoju predstavlja ozbiljan problem za te zemlje. Odlazak visoko kvalifikovanih ljudi iz zemlje utiče loše na celokupno stanje, što dalje podstiče, motivise i one koji su ostali da razmišljaju o emigriranju (Krasulja, Vasiljević-Blagojević i Radojević, 2016). Sa druge strane, zemlje u koje obrazovani ljudi dolaze kako bi našli posao i stekli bolje uslove za život nalaze se u situaciji da prihoduju mozgovima (tzv. »brain gain«).

Ono na šta moramo skrenuti pažnju, obzirom da je izuzetno prisutno u segmentu zdravstvenih radnika, posebno visoko kvalifikovanih medicinskih sestara je česta situacija u kojoj emigranti u doseljeničkoj zemlji rade poslove za koje su previše kvalifikovani. Ova pojava naziva se trošenje mozgova (tzv. »brain waste«). Prema statističkim izveštajima, niže razredne poslove najčešće rade obrazovani ljudi i to iz oblasti nauke, tehnologije, inženjerstva i matematike. Takođe, izveštaji iz 2008. godine, sa teritorije SAD, ukazuju da 90 % emigranata sa Master diplomom i 96 % njih sa PhD diplomom rade na mestima koja zahtevaju samo diplomu više škole i gde većina zaposlenih iz matične zemlje ne poseduje više kvalifikacije (Mattoo idr., 2008).

2 Prostori ExJu i odlazak iz zemlje

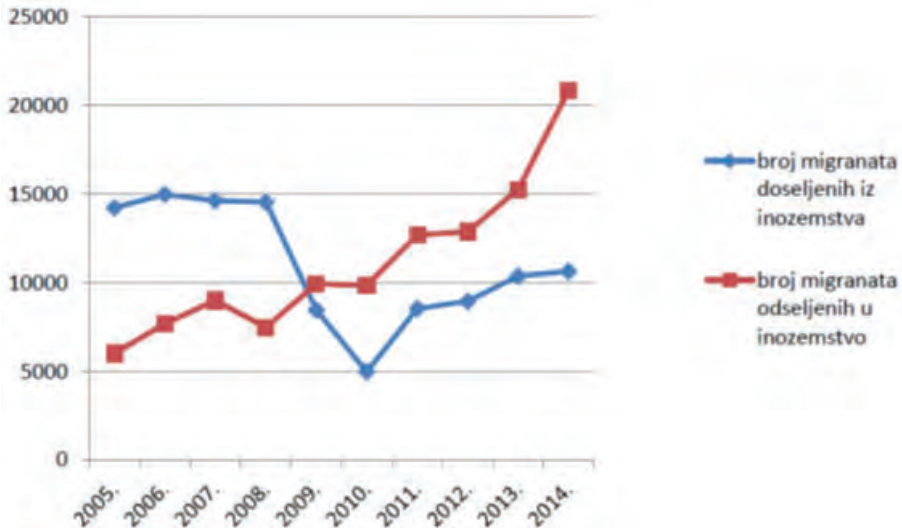
Stvarnost zemalja bivše Jugoslavije jeste takva da mladi obrazovani ljudi napuštaju matične zemlje u nezavidnom velikom broju. Najčešće se govori upravo o zdravstvenim radnicima, posebno o medicinskim sestrama. Kako podaci o stavovima studenata zdravstvenih studija o planovima za odlazak iz zemlje ne postoje, autori i sami nastavnici medicinskih sestara, bili su motivisani da istraže upravo ovaj problem.

Polazeći od početka, osvrnuli smo se na Strategiju naučnog i tehnološkog razvoja Republike Srbije, na primer, gde se ističe veliki značaj talenata i kvaliteta ljudskog kapitala uopšte. S druge strane, sredstva koja se izdvajaju za istraživanje i razvoj su isuviše mala ne dostižu nivo polovine jednog procenta bruto društvenog proizvoda zemlje. Slična je situacija i sa Hrvatskom, dok Slovenija izdvaja nešto više novca u ovom segmentu. Ljudski kapital je upravo glavni činilac jačanja konkurentnosti nacionalne privrede jedne zemlje. Kada je reč o efikasnosti tržišta rada u Srbiji, analize Svetskog ekonomskog foruma pokazuju da je ta efikasnost na dosta niskom nivou (Grečić, 2010). Ono što najviše zabrinjava jeste efikasnost »korišćenja« talenata. Grečić ističe da je ta efikasnost sagledana kroz četiri pokazatelja, i to: odnos zarada i produktiv-

nosti; naslanjanje na profesionalni menadžment; odliv mozgova i zapošljavanje žena u privatnom sektoru. Najnoviji izveštaj Svetskog ekonomskog foruma (2016–2017) pokazuje da je Srbija po oba indikatora za »odliv mozgova«, a to su »kapacitet za zadržavanje talenata« i »kapacitet za privlačenje talenata«, na 137. poziciji od ukupno 138 zemalja koje su obuhvaćene ovim Izveštajem. Hrvatska je prema istom izveštaju bolja za dvadesetak mesta dok Slovenija ulazi u prvih 80. Sve to i dalje ne daje sjajnu sliku stanja pomenutih zemalja kada je trend »odliva mozgova« u pitanju.

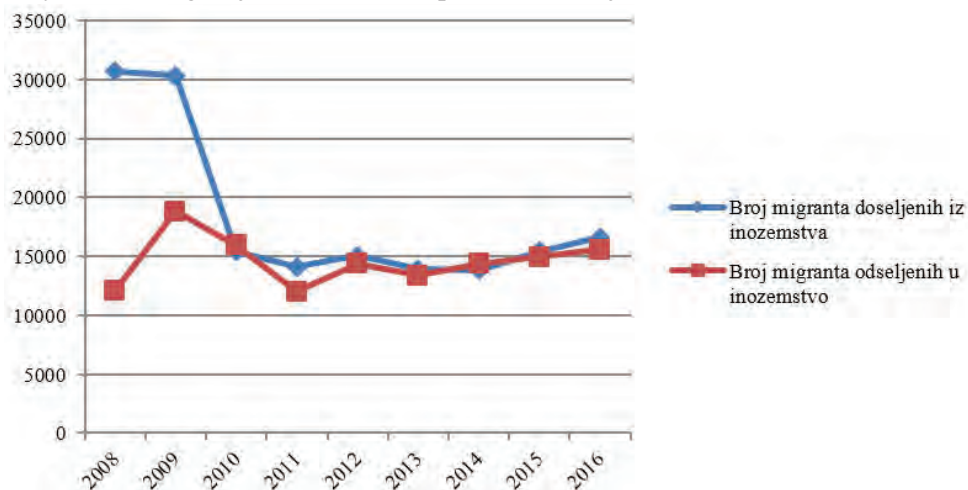
Visoka nezaposlenost, loš standard, loš zdravstveni sistem i sl. su glavne inicijalne kapsile za napuštanje matičnih zemalja, pokazuju mnoga istraživanja ali i naše. Usaglašavanje obrazovnog sistema od srednjih škola do svih nivoa visokog obrazovanja sa potrebama na tržištu rada, omogućilo bi adekvatnije zapošljavanje mladih ljudi u odnosu na njihovo obrazovanje, što bi doprinelo njihovoj dobroj integriranosti i u ekonomskom i u socijalnom smislu. To bi značajno umanjilo njihova razmišljanja, planove i odluke o odlasku iz zemlje.

Graf 1: Saldo migracije stanovništva Republike Hrvatske sa inostranstvom od 2005–2014



Vir: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske, 2015.

Graf 2: Saldo migracije stanovništva Republike Slovenije sa inostranstvom od 2008 –2016



Vir: Statistični ured Republike Slovenije.

Danas je teško u Srbiji, Hrvatskoj ili Sloveniji doći do tačnih podataka o broju mladih školovanih ljudi koji su otišli u procesu »odliva mozгова«. Taj broj je u desetinama hiljada i oni su u većini slučajeva visoko kvalifikovani. Udeo upravo takvih, koji napuštaju zemlju za boljim životom, posebno onih iz 'Jugo sfere', je u stalnom porastu. Među jugoslovenskim gastarbajterima 1971. bilo ih je samo 1,8 %, 1991. ih je bilo više od 6 %, a početkom ovog veka među onima iz Srbije 11 % i, među onima iz Hrvatske 14 %. U zemljama porekla na njihov odlazak se dugo gledalo prvenstveno kao na nepovratan gubitak u ljudskom kapitalu u koji je mnogo investirano, sa negativnim posledicama za nauku, zdravstvo, prosvetu i uopšte za razvoj zemlje. Taj negativan aspekt je još uvećan s obzirom na 'brain waste' i dekvilifikaciju u zemljama imigracije gde većina stručnjaka iz siromašnih zemalja ne radi svoj posao (Morokvašić - Muller, 2010).

3 Metodologija istraživanja

Eksplorativno istraživanje i prikazani rezultati za cilj su imali otkrivanje stavova studenata zdravstvenih studija u Srbiji, Hrvatskoj i Sloveniji o odlasku iz zemlje i radu ili nastavku studija u inoizemstvu. Istraživanje je sprovedeno tokom letnjeg semestra 2016/17. godine uz saradnju studenata osnovnih studija tri visokoškolske ustanove za obrazovanje medicinskih sestara: Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu, Srbija, Sveučilište Sjever, Odjel Sestrinstvo, Varaždin, Hrvatska i Fakultet za zdravstvene vede, Novo mesto, Slovenija. Uzorak je nameran.

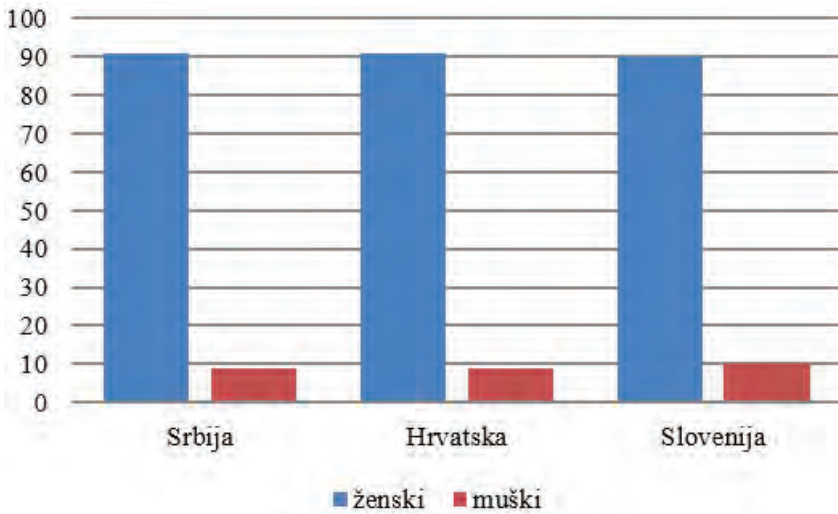
Instrument istraživanja. U svrhu ostvarivanja postavljenog cilja, za potrebe ovog istraživanja konstruisan je elektronski upitnik za studente. Link ka anketi poslat je svim studentima tri visokoškolske ustanove. Instrument čini 18 pitanja otvorenog,

zatvorenog i kombinovanog tipa putem kojih su ispitani sledeći aspekti: stavovi studenata o nastavku školovanja u inostranstvu; percepcija studenata u pogledu traženja mogućnosti za posao nakon završenih studija u zemlji ili inostranstvu; mišljenja studenata o mogućnosti zaposlenja u zemlji s obzirom na školu/fakultet koji završavaju; percepcija studenata o razlozima nastavka školovanja u inostranstvu i razlozima za traženje mogućnosti za posao u inostranstvu. U ovom radu će biti iznet samo manji deo dobijenih rezultata.

Uzorak istraživanja. Istraživanje je sprovedeno tokom maja i juna 2017. godine na uzorku od ukupno 662 studenat. Od toga 294 studenta Visoke zdravstvene škole strukovnih studija u Beogradu, 228 studenata Sveučilišta Sjever, Odjel Sestrinstvo, Varaždin, Hrvatska i 140 studenata Fakulteta za zdravstvene vede, Novo mesto, Slovenija.

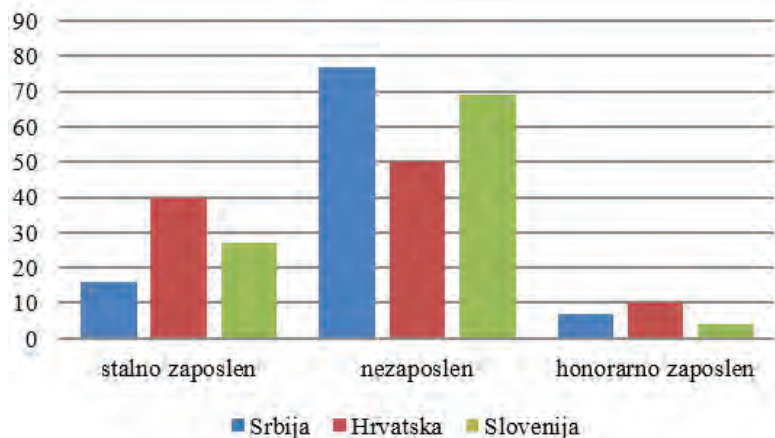
Studenti su distribuirani prema polu, godinama starosti, godini studija. Kako studije obuhvataju i one studente koji su već zaposleni ili se zapošljavaju tokom studija izveli smo i tu distribuciju. U svrhe izrade ovog rada biće predstavljen jedan manji deo dobijenih rezultata.

Graf 3: Distribucija ispitanika prema polu



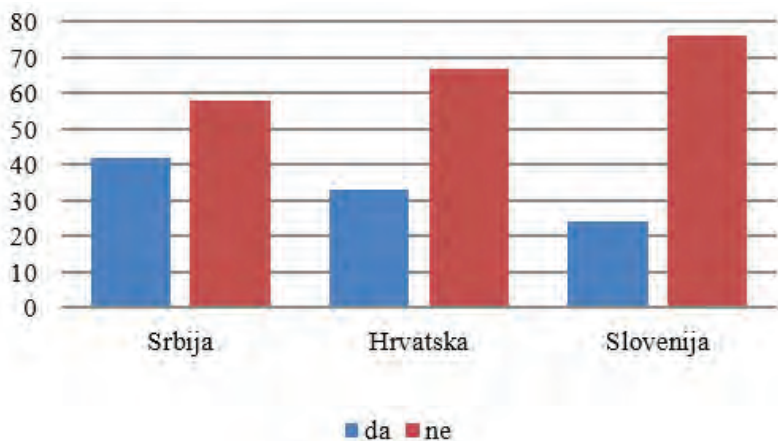
Zanimljivo je da je bez obzira na broj ispitanika u sve tri obrazovne ustanove distribucija ispitanika prema polu takoreći identična. Zdravstvene studije pohađa tek 9 % muškaraca u Srbiji i Hrvatskoj odnosno 10 % u Sloveniji.

Graf 4: Distribucija ispitanika prema zaposlenju



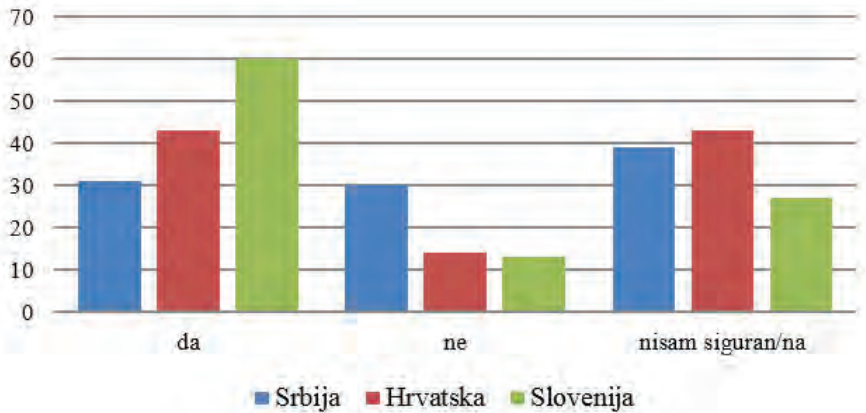
Dobijeni rezultati ispitanika pokazuju da najviše zaposlenih studenata ima u Hrvatskoj, dok ih je najmanje u Srbiji. Naravno to kasnije implicira i rezultata da najviše studenata iz Srbije i mašta o odlasku iz zemlje u odnosu na kolege iz Hrvatske i Slovenije. Svakako da ovaj nalaz govori pre svega o većoj fleksibilnosti obrazovnog sistema koji u Hrvatskoj i Sloveniji očigledno omogućava studiranje uz rad, što je u Srbiji otežano organizacijom studija na svim godinama.

Graf 5: Odgovori ispitanika na pitanje »Da li biste otišli u inostranstvo na nastavak studija?«



Rezultat koji nas je iznenadio je da većina ispitanika iz sve tri ustanove nije zainteresovan za nastavak studija u inostranstvu. To možemo tumačiti na više načina. Jedan je svakako taj da smatraju nivo studija koje završavaju dovoljnim za dalji rad, ali i moguću neinformisanost o mogućnostima nastavka studija. Ovaj nalaz bi svakako zavređivao dalje i detaljnije analiziranje.

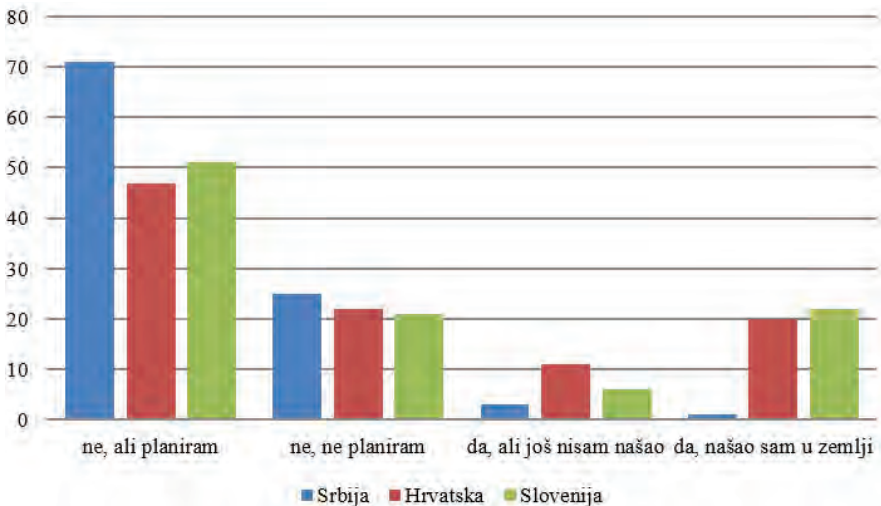
Graf 6: Odgovori ispitanika na pitanje »Ako biste napustili matičnu zemlju da li biste se vratili?«



Dobijeni rezultat govori u prilog tome da bi se najviše ispitanika iz Slovenije vratilo u matičnu zemlju, dok bi ih najmanje bilo među ispitanicima iz Srbije.

I konačno, ključno pitanje našeg istraživanja: Da li ste tražili ili planirate da tražite zaposlenje u inostranstvu?

Graf 7: Distribucija ispitanika prema tome da li bi/su tražili posao u inostranstvu



Na osnovu dobijenih odgovora možemo zaključiti da je skoro 80 % ispitanika iz Srbije ili tražilo ili planira da traži posao u inostranstvu dok je broj ispitanika u Hrvatskoj oko 50 %, a u Sloveniji 60 %. Oko 20 % ispitanika iz Hrvatske i Slovenije već je našlo posao u matičnim zemljama (veći deo vanrednih studentat, koji studiraju uz rad) dok je takav slučaj u Srbiji samo 1 %. Oko 20 % ispitanika iz sve tri zemlje ne planira da traži posao van matične zemlje.

4 Zaključak

Ovim inicijalnim istraživanjem je napravljen pokušaj da se identifikuju osnovni stavovi studenata tri visokoškolske ustanove za obrazovanje medicinskih sestara u Srbiji, Hrvatskoj i Sloveniji u vezi napuštanja matične zemlje. Odliv mozgova je veoma prisutan fenomen savremenog doba posebno u zemljama u tranziciji. Podaci koje smo dobili su delimično očekivani. Ispitanici u malom broju razmišljaju o nastavku studija u inostranstvu, ali zato u značajnom procentu planiraju ili su već u potrazi za poslom izvan matične zemlje. Naravno da u tome prednjače ispitanici iz Srbije, zemlje sa najlošijom ekonomskom i političkom situacijom od sve tri ispitivane. Međutim i njihove kolege iz Hrvatske i Slovenije učestalo razmišljaju od odlasku. Ono što je posebno poražavajući jeste podatak da ispitanici, iako vrlo mladi ljudi, navode ukoliko bi napustili zemlju da ne bi ili nisu sigurni da li bi se ikada vratili u matičnu zemlju. Ovaj podatak je ozbiljan signal da se lako može trajno izgubiti »odliti« visoko kvalifikovani kadar i što je još gore da je to nepovratan proces.

U ovom radu, zbog zahtevanog obima, iznet je samo deo dobijenih rezultata. Značajan je nalaz da ambicije za potragom za poslom izvan matične zemlje koreliraju i sa mogućnostima dobijanja posla u matičnim zemljama. Doprinos se ogleda u pokretanju pitanja: Šta će biti sa zdravstvom i zdravstvenim sistemom zemalja Ex Jugoslavije i kakva je efikasnost obrazovnog sistema u segmentu zdravstvenih studija, ako se trend »odliva mozgova« svršenih diplomaca zdravstvenih studija nastavi?

LITERATURA

1. Aditya, M., Ileana, C. N. and Çağlar, Ö. (2008). Brain waste? Educated immigrants in the US labor market *Journal of Development Economics*, 87.
2. Cervantes, M. in Guellec, D. (2002). The brain drain: Old myths, new realities, *OECD Observer* No. 230.
3. Docquier, F. and Hillel, R. (2006). The brain drain. V L. Blume in S. Durlauf (ur.), *New Palgrave Dictionary of Economics*. London: Palgrave and MacMillan.
4. Grečić, V. (2010). Talents deserve more attention of policy creators in Serbia. Regionalna naučna konferencija »Mobilnost i odlazak stručnjaka: lični i društveni dobici i gubici«. Beograd.
5. Krasulja, N., Vasiljević Blagojević, M. in Radojević, I. (2016). Brain - drain – the positive and negative aspects of the phenomenon. *Ekonomika*, 3.
6. Morokvasić Muller, M. (2010). Transnacional mobility of highly skilled challenges for Serbia. Regionalna naučna konferencija »Mobilnost i odlazak stručnjaka: lični i društveni dobici i gubici«, Beograd.
7. Pridobljeno s https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2015/07-01-02_01_2015.htm, Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske.
8. Zavod za statistiku Republike Slovenije. Pridobljeno, s http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/viewplus.asp?ma=H129S&ti=&path=../Database/Hitre_Repozitorij/&lang=2.

Krepitev osebnosti medicinske sestre za dober odnos s pacienti

UDK 616-083:159.923

KLJUČNE BESEDE: odnosi, osebnosti, osebnostna rast

POVZETEK - Namen prispevka je poudariti pomen in odgovornost medicinske sestre pri krepitvi njene osebnosti ob ustvarjanju dobrega odnosa s pacienti. Odnos je zelo živa in nepredvidljiva kategorija, v kateri morajo biti upoštevane vse zakonitosti življenja in velika pripravljenost vseh udeležencev, da uspeva, skoraj nikoli pa ne more temeljiti na nekem izračunu, koliko in kaj bo kdo prispeval. Razmišljanje mora potekati v drugačni smeri – če nam je ta odnos res dragoceno, bomo vanj vložili vse, kar dobrega premoremo. V vsakdanu so torej naše naravnosti in dejanja vedno na preizkušnji. Ko nam uspeva sproti ustvarjati vedno boljše odnose in reševati vedno težje naloge, se osebnostno krepimo in rastemo, skratka v svoji koži se dobro počutimo.

UDC 616-083:159.923

KEY WORDS: relationship, personality, personality growth

ABSTRACT - The purpose of the paper is to emphasise the importance and responsibility of a nurse in strengthening their personality to establish a good relationship with patients. The relationship is a very vibrant and unpredictable category in which all the laws of life and willingness of all participants to be successful must be taken into account; it can almost never be based on a calculation, how much and what will be contributed. Thinking must take place in a different direction - if this relationship is really valuable to us, we will invest in it everything that we can do well. In everyday life, our attitudes and actions are always on trial. When we succeed to create the ever-better relationships and to solve increasing difficult tasks, we personally strengthen ourselves and grow; in short, we feel good in our shoes.

1 Uvod

Pri vsakem delu z ljudmi, posebno v medsebojnih odnosih, ko smo odrasli v poziciji moči, si je vedno potrebno postavljati tudi lastno ogledalo: »Ali sem tako ravnala, kot želim, da bi drugi ravnali z menoj?«

Dosledna ravnanja do ljudi se resnično zato tako težko realizirajo, ker je najtežje biti dosleden do sebe. To zahteva veliko samodiscipline in urejenosti na celotnem življenjskem področju, drugače naša ravnanja niso v skladu z našim osebnostjo, to pa ljudje takoj prepoznajo. Problem je v tem, da se najprej oziramo na druge in če vidimo, da so na primer nevljudni, mislimo, da se nam več ne »izplača« truditi za prijaznost. Toda, če izhajamo iz sebe in najprej sami naredimo, kar se nam zdi pravilno, potem na ta način povečujemo možnosti, da se tudi drugi začno odzivati podobno. V prvem primeru pa so možnosti za spremembo zelo majhne.

S tako osredotočenostjo na samega sebe dosežemo neko stopnjo zavedanja, ki nam omogoča, da izboljšamo komunikacijo in odnose z drugimi. To je proces in vodilo, ki poteka skozi vse življenje. Ob takem razmišljanju smo nenehno pripravljeni oceniti svoje izkušnje in podoživljati svojo vlogo v socialnih odnosih in moralnih presojanjih.

2 Naši odzivi na življenjske preizkušnje

Pričakuje se, da medicinske sestre ne bodo le brezimne izvrševalke navodil, ampak bodo sledile svojim poslanstvom s celotno svojo osebnostjo, da bodo delale tudi na svoji osebni rasti, da se bodo razvijale kot osebnost, zato ker skrb za druge ne izključuje skrbi zase. Kar lahko razberemo tudi iz že dva tisoč let starega izreka »Ljubi svojega bližnjega kakor samega sebe«. Temu pritrjuje tudi Fromm (2002), ki poudarja, da ljubezni in spoštovanja do sebe, do lastne osebnosti in edinstvenosti ne moremo ločevati od spoštovanja, ljubezni in razumevanja drugega človeka. Vemo pa, da medicinske sestre pogosto ne najdejo moči, da bi poskrbele zase, za svoj prosti čas, za svoje duhovne in telesne potrebe, za svojo družino in so pogosto na meji izgorelosti, na kar so bile tradicionalno ponosne, danes pa je to znak, da posameznik slabo upravlja s svojim časom in da še ni razvil temeljne sposobnosti, ki jo potrebuje, bolj kot vse drugo, to je poskrbeti zase.

Ule (2005) definira samopodobo kot predstavo človeka o samem sebi, o svojih sposobnostih in zmožnostih, ciljih in zadolžitvah, ki ga vodi v njegovem delovanju v določeni situaciji. Pripominja, da za človeka ni najpomembnejše doseganje čim popolnejše samopodobe, temveč doseganje čim bolj produktivne in čim manj travmatske samopodobe, vzdrževanje ravnotežja med osebnimi uspehi in neuspehi ter med osebnimi pričakovanji ter načrti in pričakovanji okolice. Zalokar Divjak (2001) poudarja, da je zaradi tega pomembno, da se zavedamo, da so konfliktna stanja v odnosih nujna, kako jih bomo reševali in koliko bomo pri tem uspešni, pa je odvisno predvsem od nas samih. Če nam bo uspevalo reševanje v dobro vseh, ki jih vsebina zajema, potem bomo v svoji osebnostni zrelosti vedno trdni, ker nam bodo pozitivne izkušnje merilo naših prizadevanj in sposobnosti za reševanje kriznih stanj.

Ko se vrtimo v krogu neuspešnih poskusov, nam samozavest in zaupanje v lastne sposobnosti vedno bolj upadata, to pa pomeni, da osebnostno nazadujemo, da postajamo tudi čedalje dojemljivejši za razne vplive od strani ali se zatekamo v telesno in psihično bolezen.

Takrat je dobro imeti ob sebi ljudi, ki nam bodo pomagali pri iskanju drugačnih možnosti in rešitev.

Tudi prenašanje porazov je lastnost, ki jo je treba vključiti v širši okvir osebnostne zrelosti iz preprostega razloga, ker ima lahko njena negativna plat za posameznika usodne posledice.

Seveda so ljudje, katerim je že samo po sebi dano, da se znajo »izvleči« iz vsakega položaja, katerim so ovire in neuspehi pravi motivi za akcijo in iskanje boljših rešitev, toda takšni so v manjšini.

Večina posameznikov se na različne ovire najprej odzove s čustvene plati in problem nastane, če na tej ravni tudi poskušajo ukrepati. Vemo pa, da z jezo, nestrpnostjo, evforijo in strahom ne moremo videti najboljših rešitev položaja v celoti, ampak se nanj na svoj način samo odzovemo.

Rezultati takšnih odzivov so neuspele rešitve oziroma porazi na osebni ravni. Poraz pa zopet spodbudi čustvene reakcije in tako nastane začaran krog s posledicami za celotno osebnost.

Najpogosteje posamezni neuspehi tako znižajo samozaupanje in lastno vrednost, da je vsak ponoven poskus že vnaprej obsojen na propad zaradi veliko negotovosti, strahu in negativnih pričakovanj.

Če želimo ohraniti svoje osebno ravnotežje, se moramo naučiti sproti obračunavati s svojimi dejanji, ne pa šele takrat, ko smo v tako veliki krizi, da so nam pošle že vse moči. Življenje nas vedno preseneti z različnimi težavami in stiskami in tudi s težkimi usodnimi stanji.

Logoterapija (terapija za smislo življenja) razlikuje med usodnimi stanji, kateri nas doletijo kot strela iz jasnega in nanje tudi ne moremo biti pripravljeni. To so področja smrti, neozdravljivih bolezni in krivde. Usodna so v tem smislu, da potem ko se zgodijo, jih ne moremo več spremeniti. Seveda pa to ne pomeni, da se kar »vdamo v usodo«, ampak moramo do teh življenjskih situacij zavzeti pozitivno stališče. Da nam to uspe pa so potrebne vse naše duhovne moči za preseganje svojih čustvenih stanj, ki so ob takšnih usodnih dogodkih tista, ki nas z vso močjo vlečejo v obup, resignacijo, depresijo.

V našem duhu časa so ravno ta čustva precenjena, ker nas tudi psihologija in razne psihoterapevtske šole opremljajo z znanji o tem, kako je potrebno ta čustva predelovati, se o njih pogovarjati, skratka vso pozornost namenjajo ravno najbolj tistemu, kar prizadeti posameznik že tako in tako v zvrhani meri doživlja. Vendar pa, če se razglablja samo o svoji prizadetosti, žalosti, jezi, potem ta stanja vedno bolj naraščajo in posameznik se vedno bolj bliža obupu.

Z močjo svoje volje in odločitve pa se je potrebno obrniti na življenje in ne na samega sebe. Življenje nam vsak dan postavlja naloge in terja tudi njihovo uresničevanje. Te naloge (smisli) se praviloma nanašajo na naša dela ali osebe, ki prav čakajo, da jih ravno jaz izpolnim. Gre torej zato, da postanejo te naloge pomembnejše od moje čustvene prizadetosti. S pomočjo svoje »kljubovalnosti duha« se posameznik dvigne nad svoja čustva in sledi svojim življenjskim nalogam. S takšno močjo razpolagamo vsi, potrebno jo je le ozavestiti in se odločiti za preseganje vseh negativnih čustev, ki nas omejujejo.

Kadar nam to uspeva se naša osebnost tako utrdi, da nam vse ostale dejavnosti in odnosi, ki so potrebni za kvaliteto življenja ne predstavljajo več nobenih ovir. Ravno nasprotno, iz grenkobe življenja zraste močna osebnost. Močna osebnost pa je fleksibilna, odprta za nove izzive, opremljena z borbenostjo in tako tudi svoji pretekli »usodni situaciji« dodeli mesto, kjer je sicer varno spravljen, vendar nima več moči, da nas življenjsko ogroža.

Obstaja pa veliko več življenjskih situacij, ki dejansko niso usodne, vendar jim posamezniki pripišejo to mesto, ker jih tako močno prizadenejo. To so vse tiste življenjske stiske, ki se nakopičijo ena na drugo, ker jih nismo reševali sproti. Ljudje smo tako naravnani, da nočemo delovati preventivno, pa naj si bo to glede zdravja, dela ali od-

nosov. Ne poslušamo svojega telesa, delamo preko svojih zdravorazumskih kapacitet, odnose začnemo reševati, ko nam partnerji odidejo z drugo osebo, ali pa se enostavno odtujimo.

V teh primerih si je najprej potrebno določiti prednostno vrednostno lestvico, kaj je za naše zdajšnjo situacijo na prvem mestu in potem vso svojo energijo in čas temu tudi posvetiti. Vse prevečkrat pa se ljudje ustavijo pri »ne morem«, ki v resnici pomeni »nočem.« Ta »ne morem« se prav tako zopet ukvarja sam s sabo. Dokler ne najde v svojem življenju dejavnosti, okupacije, oseb, ki bi se jim posvetil, jim pomagal, jih osrečil, je temu tako. Šele takrat, ko sebe predamo za neke smiselne vsebine, tudi sami zato dobimo plačilo, zadovoljstvo, srečo, itd.

3 Krepitev osebnosti

Hildegard Peplau (1997), pionirka v razvoju teoretičnih osnov in spoznanj v zdravstveni negi, je opozorila na pomen medsebojnih odnosov, in sicer med medicinsko sestro in bolnikom. Zdravstveno nego vidi kot medosebni odnos, ker vključuje interakcijo med dvema ali več posamezniki, ki imajo skupen cilj, da se v tem odnosu medsebojno spoznavajo, razvijajo in spreminjajo. Spoznavajo in rešujejo probleme in težave, obenem pa se razvijajo in spreminjajo v zrelejše, uspešnejše osebnosti. Tako v odnosu pridobita oba (Hajdinjak in Meglič, 2006).

Pogosto se navaja opis vloge medicinske sestre, ki jo je postavila Američanka Virginia Henderson (1897-1996). Glasi se: »Posebna vloga medicinske sestre je pomoč bolnemu ali zdravemu posamezniku pri opravljanju tistih dejavnosti, ki pripomorejo k boljšemu zdravju (ali mirni smrti) in ki bi jih opravil brez tuje pomoči, če bi imel za to dovolj moči, volje ali znanja. Medicinska sestra vse to naredi tako, da posamezniku pomaga k čimprejšnji samostojnosti« (Henderson, 1998, str. 24).

Musek (1982) dopolnjuje, da slovenski izraz osebnost pomeni to, kar je oseba v sebi in kar je obenem dobro, izraža notranjo vsebino v vrednostno pozitivnem smislu, nam sugerira notranjo naravo, notranje bistvo človeka. Podobno Branden (2000) razlaga, da bodo ljudje z razvitim občutkom lastne vrednosti, komunicirali odprto, pošteno in na primeren način, saj verjamejo, da so njihove misli pomembne. Tudi Rungapadiachy (2003) razlaga, da se vedemo v skladu s tem, kako se dojemamo. Na primer, kdor se vidi kot samozavestna oseba, se tudi vede samozavestno, kdor pa se ima za slabiča, njegovo vedenje to odseva in potrjuje. Samozavedanje in sprejemanje samega sebe sta dve povezani poti do sprejemanja drugih. S tem, ko posameznik dojema in je sposoben sprejeti koncept samega sebe, je sposoben delati tisto, kar misli, da bi moral, in ne tistega, kar drugi mislijo, da bi bilo dobro zanj.

Zalokar Divjak (2001) spomni na izrek, ki so ga stari Grki napisali v svoje preročišče: »Spoznaj samega sebe.« V našem duhu časa, se ta izrek uporablja kot sinonim za »ukvarjanje s samim sabo«. Kadar pa se ukvarjamo samo sami s sabo hitro spregledamo drugega. Naš čas je namreč omejen.

V slehernem trenutku in sleherni situaciji se moramo odločati, kako bomo odgovorili na izziv življenja. Poznavanje samega sebe je koristno takrat, ko želimo in si prizadevamo iz sebe narediti najbolj ljubečo, najbolj plemenito osebo. Odgovor o tem, kako nam to uspeva, pa dobimo le v svojih dejanjih in osebah s katerimi živimo ali delamo. Ko človek reče »Ne zmorem več«, »Pokuril(a) sem že vso energijo« ali »Vsega imam dovolj«, je mnogo težje reševati probleme, saj je treba najprej zbrati telesne in duhovne moči.

Kje so rešitve? Če želimo razmišljati in delovati preventivno, potem je pomembno, kako se naravnamo na reševanje problemov že od otroštva naprej. Preizkušanje samega sebe in izkušnje so tiste, ki nam povedo, kakšne so naše sposobnosti, kje lahko kaj popravimo in kakšne cilje si lahko postavimo.

Kako pa si lahko pomagamo takrat, ko smo že odrasli in se neuspehi kar vrstijo? Najprej je treba pogledati v svojo notranjost in pokazati pripravljenost, da spremenimo svoje odločitve.

Ko smo v stiski, ne vidimo veliko možnosti, zato si je treba najprej razširiti krog različnih možnosti, ki jih življenje ponuja vsakemu človeku.

Zanimivo je namreč, da si vzamemo za ponovne možnosti ravno tiste, ki so nas privedle do poraza, zato je tudi rezultat podoben. Največja težava je premik od ustaljenih navad razmišljanja. Pravimo, da se mora najprej nekaj spremeniti »v glavi«, in to popolnoma drži.

Nihče drug se namreč ne more namesto nas spopadati z izzivi življenja in tudi rešitve so vedno le v nas samih, čeprav si poskušamo z raznimi obrambami olajšati poti tako, da iščemo najprej krivce, potem pa rešitve zunaj sebe. Seveda so potem razočaranja še večja.

Duhovna naravnost nam omogoča, da iščemo in tudi najdemo rešitve, ki bodo uspešne.

Ko pride v človeku do takšnega preobrata, se tudi najdejo načini, kako takšne odločitve udejanjiti v vsakdanjem življenju.

Zopet gre za staro logoterapevtsko pravilo, ki pravi, da se vedno najde pot k rešitvi, če vemo, kakšen pomen oziroma smisel ima za nas neki cilj.

K načinom reševanja spada predvsem nadzor nad svojimi čustvi. Praktično to pomeni, da se moramo naučiti prepoznovati svoja čustva, jih na primeren način izražati in nadzorovati. To je koristno početje že zaradi vseh odnosov, v katere vstopamo, predvsem pa nujno za reševanje dilem in problemov, ki zahtevajo umirjenost, zbranost in rzsodnost. Naš namen pa je bil pokazati, da razpolagamo z duhovno močjo, ki lahko kontrolira, preseže, uravnava naša čustva. Drugače se obnašamo in rešujemo veliko življenjskih nalog na otroškem nivoju, namesto na odraslem, in slabo je tudi, če ostali, ki so z nami v nekem odnosu zaradi tega trpijo.

Ko se nakopiči preveč malodušja, naveličanosti, brezvoljnosti in nejasnega obupa, je treba naše razmišljanje najprej preusmeriti k različnim smiselnim nalogam – partnerju, otrokom, delu.

Pomembno je, da se ne ukvarjamo sami s sabo, temveč svojo aktivnost usmerimo k nalogam, ki čakajo prav na nas, da jih opravimo. Čim večji so naši cilji, več truda in vztrajnosti bodo zahtevali. Torej ne moremo si samo govoriti »moram biti vztrajen«, ampak bo ta vztrajnost nujen vzporeden spremljevalec naših življenjskih ciljev. Dober primer za to so prostovoljci. Na prostovoljno delo gredo z namero, da bodo pomagali drugim, vendar na koncu spoznajo, da so sami največ pridobili zase, v smislu osebne zrelosti. Šele ko so delovali v dobro drugega so najbolj spoznali kaj nosijo v sebi, kje so njihove danosti, s čim lahko plemenitijo svojo notranjost. Tako kot sporočajo modreci medosebnih odnosov ->šele v ti -ju, spoznam svoj pravi jaz Namesto nas npr. ne more nihče drug potolažiti pacienta, mu nameniti nekaj vzpodbudnih besed, ipd.

Gre torej za rešitev in način, ki ne bo nikogar dodatno prizadel ali osiromašil v njegovem osebnem dostojanstvu.

Naslednji prav tako pomemben uvid v določen položaj je spoznavanje realnosti. Ko imamo kakšno dilemo ali stisko, si podzavestno želimo, da je sploh ne bi bilo, da se to ne bi dogajalo nam, da bi se je na neki način čim prej rešili, samo da nas ne bi več vznemirjala.

Za dojetje življenja je pomembno tudi spoznanje, da je življenje vedno takšno, kot je, in nič drugačno. Prej ko ga sprejmemo »takšnega, kot je«, prej se rešimo svojih negativnih občutkov in začnemo iskati nove poti.

Prav tako to pomeni, da je nobene želje, grožnje in zanikanja ne morejo odstraniti ali zmanjšati težav, ki so nastale. Spoznavanje realnosti je prvi korak k reševanju stiske. Dokler sanjamo o drugačnih rešitvah, so to res samo dobre želje in poskusi zanikanja realnosti.

Ravno to dejstvo nas mora pripraviti na drugačen odnos do realnosti. Ker je ne moremo spremeniti ali celo obvladovati, se od nje lahko učimo, kako se lotiti reševanja določenih problemov.

Pripravljenost za učenje iz nastalega položaja pomeni že določeno stopnjo osebne zrelosti. Pomeni, da se za problem zanimamo, da smo pripravljeni vložiti v njegovo reševanje vse razpoložljive danosti. Upanje je sploh posebna kategorija, ki zahteva, da se mu malo bolj posvetimo. Že v laičnem jeziku poznamo izreko, ki pravi: »Upanje umre zadnje« ali »Upanje vedno obstaja« ali »Nikoli ne smeš izgubiti upanja.«

Iz teh izrekov lahko spoznamo naravo upanja, ki ga postavljamo nad vsa druga stanja – nad čustva, nad mišljenje. Velikokrat dajemo prevelik poudarek našim čustvom, ker si vse prevečkrat dovolimo, da ona usmerjajo in vodijo naša življenja.

Torej upanje ni povezano z našim telesnim niti z duševnim delom naše notranjosti, ampak z duhovnim. Na duhovni ravni pa lahko samo verjamemo v upanje ali pa ne. Gre za brezpogojno vero v smisel upanja, ki ga ne more ničesar omajati. Vmesne poti ni. Zato tudi vzpodbujamo posameznike: »Upaj!«, ker je to pozitivno, daje ti boljši občutek in tako tudi pošiljaš v svet pozitivne možnosti.

Zanimiva so pričevanja ljudi, ki so se znašli v težkih usodnih stanjih in kateri povedo, da so vedno imeli pred očmi pozitivne možnosti, čeprav jih realno sploh ni bilo.

Pozitivna naravnost na življenje je sestavni del upanja. Pomeni najprej, da smo se pripravljene z življenjem spopasti. V sleherni situaciji imamo za njegovo rešitev na razpolago dve možnosti – vdajo ali spopad.

Kadar se odločimo za vdajo mislimo, da uravnavanje in izid ni v naši moči. Vdaja vedno vodi do obupa na psihični ravni in do poslabšanja bolezni na telesni ravni.

Kadar se odločimo za spopad, potem celotna osebnost deluje v smeri pomoči posamezniku. Pomeni, da smo se sproti pripravljene soočiti s težavami in jih tudi premagovati.

Vedeti moramo, da z našo odločitvijo za pozitivno naravnost povečujemo upanje, da se bo vse dobro izteklo, gotovo pa to še ni sto odstotna garancija, da bo vse resnično v redu. Brez pozitivne naravnosti pa smo avtomatično na negativni strani, kjer ni več upanja.

Tudi vsa stanja na psihični ravni, ki jih ni malo in so zelo neugodna, saj izhajajo iz našega najbolj občutljivega čustvenega dela osebnosti, nas pri tem ne smejo ovirati.

Kadar svojo duhovno moč in energijo porabljam za lastno pomilovanje, jo je nujno treba preusmeriti k drugačnemu videnju življenja. Življenje ni še nikomur nič dalo niti nas ne more razočarati, ker smo mi tisti, ki ga oblikujemo, in zato tudi dobivamo njegove sadove v različnih oblikah.

Takrat ko se obnašamo do nastalega položaja indiferentno ali celo vzvišeno in pričakujemo, da se bodo stvari same uredile, sledi razočaranje.

4 Zaključek

Poklici, v katerih strokovno delamo z ljudmi, gradijo svoje delo na človeških izkušnjah, ki jih ljudje prinašajo iz svojih temeljnih skupin; smo pripravljavci, dograjevalci in popravljavci teh njihovih izkušenj. Ne moremo jim dati sreče, le njihovi sreči lahko pomagamo uspešneje rasti. Kolikor bolj prihaja pred nas prazen človek, brez trdnih družinskih, zakonskih, prijateljskih, tovariških in delovnih izkušenj in kolikor manj je jasnih predstav, kakšne so te izkušnje in kako se do njih pride, toliko bolj je naša strokovna in poklicna metodologija jalova. Človek ni popolnoma odvisen od okoliščin in determiniran, ampak se bolj sam odloča, ali se vda v okoliščine ali pa se jim postavi po robu. Človek določa samega sebe. Ni res, da človek kar preprosto obstaja, ampak vedno odloča, kakšen bo njegov obstoj, kaj bo sam postal v naslednjem trenutku. Ena od glavnih značilnosti človeškega obstoja je zmožnost, da se dvignemo nad te okoliščine in jih presežemo. Enako človek nazadnje preseže samega sebe; človeško bitje je samopresežno bitje. Smisel življenja je nujno usmerjen v transcendenco, ki je lahko npr. odgovornost do dela, sočloveka ali ljubljene osebe. Smisel življenja je vedno konkretno in se nanaša na specifično osebo v določenih življenjskih razmerah. Lahko govorimo o življenjskem poslanstvu, ki ga ima vsak človek. Vsak človek je edinstven in enkratno in živi v enkratnem zgodovinskem kontekstu, zato ima tudi posebne možnosti in zahteve, ki so namenjene ravno njemu. Tudi možnost, da nekaj storimo v zvezi z določeno situacijo, je edinstvena. Če je ne izkoristimo za osmišljanje življenja, jo

izgubimo za vedno. Smisel tudi ni dosežen enkrat za vselej, temveč se neprestano spreminja v skladu s situacijo.

V vsakdanu so torej naše naravnosti in dejanja vedno na preizkušnji. Ko nam uspeva sproti ustvarjati vedno boljše odnose in reševati vedno težje naloge, se osebnostno krepimo in rastemo, skratka v svoji koži se dobro počutimo. Takšnemu stanju bi najbrž že lahko rekli – osebna sreča.

LITERATURA

1. Branden, N. (2000) Samozavestno vodenje: Kako močni ljudje ustvarjajo učinkovite organizacije. Ljubljana: Inštitut za razvijanje osebne kakovosti.
2. Fromm, E. (2002). Človek za sebe: psihološka raziskava etike. Ljubljana: Amalietti.
3. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2006). Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.
4. Henderson, V. (1998). Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege.
5. Musek, J. (1982). Osebnost. Ljubljana: Univerzum.
6. Peplau, H. (1997). »Peplau's Theory of Interpersonal Relations«. *Nursing Science Quarterly*. Chestnut House Publications, 10 (4), 162–167.
7. Rungapadiachy, D. M. (1999). Medosebna komunikacija v zdravstvu. Ljubljana: Educy.
8. Ule, M. (2005). Psihologija komuniciranja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
9. Zalokar Divjak, Z. (2001). Jaz in ti – Medosebni odnosi v sodobnem času. Krško: Gora.

Mnenje medicinskih sester o uporabnosti računalniških programov na področju zdravstvene nege

UDK 616-083+004.42

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, računalniški programi, medicinske sestre

POVZETEK - V prispevku predstavljamo različna mnenja medicinskih sester, ki pri svojem delu ob pacientih uporabljajo različne informacijske sisteme za vodenje njihove obravnave. Ključni pomen predstavljajo računalniške kompetence medicinskih sester; za učinkovitost pa poznavanje okolja informacijskega sistema ter raven strokovnega delovanja v praksi zdravstvene nege. Z dokumentiranjem procesa zdravstvene nege se ustvarjajo tudi podatki o pacientu, ki so v določenih okoliščinah ključni za obstoječo ali nadaljnjo obravnavo. Višja stopnja izobrazbe s področja zdravstvenih ved prinaša večje kompetence in možnosti samostojnega delovanja medicinske sestre na svojem področju, prav tako pa suverenost za delo z omenjenimi računalniškimi programi. Ena večjih težav, ki se pojavlja pri vnašanju podatkov v računalniški program, je izguba dragocenega časa, namenjenega pacientom.

UDC616-083+004.42

KEY WORDS: computer software, nurse, nursing care

ABSTRACT - This paper describes the different opinions of nurses who use different information systems for managing patients care during their work. Computer skills of nurses are crucial; for efficiency, however, knowledge of the information system environment and the level of professional activity in nursing practice are needed. Documentation of the nursing process is also used for generating data about patients, which are crucial in certain circumstances for the existing or future care plans. The higher level of education in the area of health science brings greater competences and the ability of the nurses to act independently in their field, as well as sovereignty to work with information system at work. One of the major obstacles that occur when nurses work with computer software is the loss of time spent on the patients care. Documentation using the computer software requires a longer time period of data entry, and a loss of the valuable time that nurses spend with patients.

1 Uvod

Ključna aktivnost medicinske sestre pri obravnavi pacienta je dokumentiranje dela in ima več namenov. Z dokumentiranjem spremljamo kakovost in njeno izboljševanje pri obravnavi pacientov; seveda pa nam služi tudi kot uradni dokument ob morebitnih nezaželenih dogodkih. Zdravstvena nega je vidna takrat, kadar le-to dokumentiramo. Glede na tehnološke dosežke je vse bolj v ospredju e-zdravstvena nega; v smislu elektronskega dokumentiranja. Eden glavnih razlogov uvedbe je standardiziran pristop k dokumentiranju in zbiranju podatkov za nadaljnje raziskovalno delo medicinskih sester. Elektronsko dokumentiranje in sočasna uporaba tovrstnih informacijskih sistemov zahtevata aktivno vlogo medicinskih sester po sprotnem vnosu podatkov, beleženju datumov in podobno. Od teh sistemov pa je pričakovati, da bodo izvedli obdelavo informacij v smislu in poteku delovnega procesa posameznega oddelka glede na potrebe po vrsti dokumentacije in tipu podatkov. Zahteve informacijskega sistema

so, da imajo uporabniki, zdravstveno osebje, možnost vpogleda v podatke, da podatke sistematično zbere in obdela glede na potrebe uporabnika (tabele, grafi, poročila, sezname) in možnosti distribucije in tiska podatkov. Eden od problemov pri uvedbi informacijskih tehnologij je dvojno dokumentiranje; kljub sodobni elektronski dokumentaciji mora medicinska sestra vpisovati podatke na papirnate obrazce in jih potem prepisovati v računalnik (Priatelj, 2005, str. 178). Uvedbe ne smejo biti tovrstne, saj lahko pri medicinskih sestrah spodbudijo nezanimanje za uporabo in pomanjkanje volje ali celo ne vpisovanje podatkov v računalniški program. Tako so vneseni podatki pomanjkljivi za nadaljnje raziskovanje s področja zdravstvene nege.

2 Informacijski sistem zdravstvene nege od načrtovanja do izvedbe

Tehnološki napredek se je v dvajsetem stoletju okreplil in zaznamoval novo obdobje v zdravstvu. Vplivi tehnoloških inovacij so izjemni, tako glede razpoložljivosti opreme kot uporabnosti le-te na različnih področjih zdravstva. Raziskovalci menijo, da lahko z upoštevanjem tehnoloških virov in z razpoložljivimi informacijami dosegamo višje ravni odličnosti; zato bi morali biti tehnološki viri sestavni elementi delovanja zdravstvene nege kot podporno orodje za pridobivanje podatkov za raziskovanje in ustvarjanje novih znanj (Carvalho Araujo Moreira idr., 2016). Potrebe stroke zdravstvene nege po tovrstnih virih so velike, vendar se ob pogovorih o tem pojavijo omejitve okolja – »kdo bo financiral, od kje vzeti sredstva?« in naše notranje omejitve »ali smo na to pripravljeni ter ali si tega želimo?«. Pri izdelavi informacijskega sistema imamo različne metodologije pristopa pri načrtovanju programskega okolja z ozirom, kako informacijo ali podatek obdelujemo. Avtor Coiera (2015) pri tem dodaja, da se posamezne strukture in vsebine programov razlikujejo po načinu obdelovanja in prikazovanja podatkov z namenom zagotavljanja učinkovite komunikacije med posameznimi zdravstvenimi delavci ter na sprejete standarde zapisa podatkov pacienta. Avtorica Kramar Zupan (2009) opredeljuje komunikacijo kot odraz razmerij med zaposlenimi. V literaturi s tega področja (Stanimirović, 2015) avtor opozarja na pomanjkljivosti sistema zdravstvenega varstva prav zaradi pomanjkanja informacij in informiranosti zdravstvenega osebja znotraj zdravstvene organizacije. Informacijski sistemi za podporo zdravstveni negi imajo po besedah avtorja Coiera (2015) določene prednosti pri uporabi, predvsem z namenom:

- izboljšanja komunikacije med posameznimi strokovnjaki in njihove aktivne vloge pri obravnavi pacienta (informacijski sistem kot sredstvo komunikacije),
- dostopne točke do podatkov za posameznike, ki aktivno vodijo oskrbo,
- vpogleda v vse podatke o pacientu glede na upravičenost do uporabe le-teh,
- zajema vseh podatkov, katere lahko obdelujemo,
- arhiviranja zapisov in podatkov po končani oskrbi kot pomoč pri kasnejših obravnavah in primerjanj stanj ter v namen raziskovanja.

Uvajanje tovrstnih sistemov v klinično prakso zahteva spremembe v procesu dela. Avtorici Priatelj in Črv (2004) skozi raziskave navajata, da spremembe v delovnem

procesu nakazujejo strah pred tradicionalnim oziroma neznanim. Navajata tudi nezadostno vključevanje uporabnikov pri načrtovanju informacijskega sistema in nerealistična pričakovanja uporabnikov. Za zmanjševanje odporov ob uvedbi informacijskega sistema je potrebna aktivna vključenost medicinskih sester že v fazi načrtovanja informacijskega sistema, kjer te skupaj z informatiki predvidevajo spremembe v postopkih, delovanju in vlogah posameznikov oziroma uporabnikov informacijskega sistema zdravstvene nege znotraj določenega tima.

3 Medicinska sestra; uporabnica informacijskih sistemov

Medicinske sestre kot uporabnice informacijskih sistemov potrebujejo kompetence s področja informatike. Dejstvo, da dandanes že skoraj vsi uporabljamo sodobne tehnologije vključno z internetom, pametnim telefonom, tabličnim računalnikom, prenosnim računalnikom in podobnimi nam daje prisilo, da se sami izobrazimo za uporabo le-teh. Tudi na delovnih mestih je potrebno znanje za rokovanje s tehnologijami, s katerimi se srečujemo z namenom pravilnega in varnega rokovanja do sebe in drugih v procesu zdravljenja.

Varovanje osebnih podatkov pacientov je po besedah avtorice Hughes (2014) ključni element informacijskega sistema za delovanje varne zdravstvene nege. V varstvo teh podatkov so vključeni vsi podatki, ki se med obravnavo zapisujejo v informacijski sistem in s tem omogočajo vpogled v te podatke uporabnikom; medicinskim sestram in drugim. Pomembno je, da imajo dostop le pooblaščen osebe; avtorica opisuje, da so z uvedbo informacijskih sistemov narastli nepooblaščen dostopi do podatkov o pacientih. Medicinska sestra je v procesu obravnave pacienta uporabnica sodobnih tehnologij in informacijskega sistema. S svojimi aktivnostmi do dela s pacientom vnaša podatke v informacijski sistem. Ti podatki so vezani na zdravstveno stanje pacienta, opravljene aktivnosti zdravstvene nege in ostale podatke v zvezi s pacientom z oziroma na zgradbo informacijskega sistema in strukture elektronske dokumentacije. Medicinska sestra je z uporabo informacijskega sistema tudi načrtovalka, saj je profesionalka na področju zdravstvene nege. Tako prehaja iz pasivnega udeleženca k aktivnemu ob snovanju idej, osnov in podobnih predlogov informatikom in programerjem informacijskih sistemov. Programiranje zahteva višjo stopnjo znanja, katero se, po besedah avtorjev Carvalho Araujo Moreira idr. (2016), ne zahteva od medicinskih sester, ki so soustvarjalke informacijskih sistemov. Vloga le-teh pa je, da opredelijo metodološki pristop, ki opredeljuje vrste podatkov za vnos, strukturo elektronske dokumentacije ter možnosti vnosa teh podatkov v računalniško okolje. Hkrati pa so te opredelitve podatkov namenjene predvsem k hrambi podatkov z možnostjo nadaljnjih statističnih obdelav v raziskovalne namene.

Za pristop k uporabi računalniško podprte zdravstvene nege je potrebno znanje medicinske sestre za delo z računalniško opremo in različnimi programi, nameščenimi na samem računalniku. Skiba (2004) opredeljuje uporabo informacijskih sistemov v zdravstveni negi za napredek k kakovostnejši in bolj varni zdravstveni negi pacien-

tov. Ob naraščanju uporabe informacijskih sistemov v praksi zdravstvene nege mora medicinska sestra pridobiti znanja in veščine na petih področjih, in sicer s področja interdisciplinarnega sodelovanja, k pacientu usmerjene zdravstvene nege, na dokazih podprte zdravstvene nege, kakovosti in informatike. Avtorja Rajkovič in Šušteršič (2000) poudarjata, da je pri razvoju informacijskega sistema potrebna uporabnost tovrstnega sistema. Čas učenja uporabnikov za delo z informacijskim sistemom mora biti čim krajši, njihov napor za razumevanje delovanja pa čim manjši. Wager, Lee in Glaser (2005) omenjajo odgovornost uporabnikov pri delu z informacijskim sistemom v smislu poznavanja celotne infrastrukture zapisanih podatkov. Izobraževanje s področja zdravstvene informatike mora biti tako usmerjeno k zagotavljanju višje kakovosti dela s pacienti in poznavanje temeljnega delovanja strukture informacijskih sistemov znotraj organizacije. Avtorici Kern in Žuvič - Butorac (2009) omenjata medgeneracijsko povezovanje starejših in mlajših sodelavcev za izmenjavo izkušenj in znanj s področja uporabe sodobne tehnologije. Raziskava na področju uporabe informacijske tehnologije v slovenskem javnem zdravstvu, ki je bila izvedena v letu 2011 je pokazala, da so uporabniki izkazali pripravljenost za sprejemanje informacijskih tehnologij in pripravljenost za učenje uporabe novih tehnologij (Brecelj, Vinko, Dinevski in Eržen, 2012).

Obstajajo pa tudi nekatere ovire pri uporabi informacijskih tehnologij v povezavi z uporabniki – medicinskimi sestrami. Ob uvajanju sprememb in novih informacijskih sistemov je potrebno preučiti možnosti podvajanja podatkov. Kot ovira se lahko pojavi tudi zavedanje uporabnikov po pravočasnem in natančnem vnosu podatkov v sistem. Vprašljivo je tudi razumevanje in zaznavanje povratnih informacij sistema k uporabniku. Te informacije so lahko napačne in lahko vodijo k slabo kakovostni zdravstveni oskrbi pacienta (Procter in Woodburn, 2012). Za prakso zdravstvene nege je pomembno dobro razumevanje medicinskih sester o pomenu informacijskega sistema v delovnem okolju. Odličnost delovanja jim daje zavedanje, da so podatki, zapisani v sistemu, dragoceni, zato je potreba po natančnem dokumentiranju še tako velika. Potrebna je pomoč in naklonjenost starejšim sodelavcem za uporabo novejših tehnologij ter izmenjava izkušenj.

4 Metodologija

4.1 Namen in cilj raziskave

Namen raziskave je ugotoviti in preučiti področje uporabnosti računalniških programov za obravnavo pacientov skozi mnenja medicinskih sester, katere tovrstne informacijske sisteme uporabljajo v praksi zdravstvene nege.

Cilji raziskave so ugotoviti:

- na kakšen način medicinske sestre dokumentirajo postopke zdravstvene nege in ostale aktivnosti ob delu s pacientom,
- ali je čas, ki ga medicinske sestre namenijo za uporabo računalniškega programa, ovira pri delu s pacienti,

- ali so kompetence, pridobljene tekom izobraževanja, dovolj za delo z informacijskim sistemom,
- kako medicinske sestre ocenjujejo uporabo sodobne tehnologije za prihodnost.

4.2 Raziskovalna vprašanja

Postavili smo sledeča raziskovalna vprašanja:

- Na kakšen način medicinske sestre dokumentirajo postopke zdravstvene nege in ostale aktivnosti ob delu s pacientom?
- Ali je čas, ki ga medicinske sestre namenijo za uporabo računalniškega programa, ovira pri delu s pacienti?
- Ali so kompetence, pridobljene tekom izobraževanja, dovolj za delo z informacijskim sistemom?
- Kako medicinske sestre ocenjujejo uporabo sodobne tehnologije za prihodnost?

4.3 Raziskovalne metode in tehnike

Raziskava temelji na deskriptivni in kavzalno – neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS. V raziskavi so bile izračunane absolutne in relativne frekvence, pri lestvicah pa povprečne ocene.

4.4 Vzorec

V raziskavi je sodelovalo 91 oseb, od tega 12 (17,6 %) moških in 75 (82,4 %) žensk. 3,3 % anketiranih je starih manj kot 20 let, 58,2 % je starih od 21 do 40 let, 37,4 % je starih 41 do 60 let in 1,1 % je starih nad 61 let. Med sodelujočimi v raziskavi je 9 (9,9 %) srednjih medicinskih sester / tehnikov zdravstvene nege, 68 (74,7 %) je diplomiranih medicinskih sester / diplomiranih zdravstvenikov in 14 (15,4 %) z magistrsko in višjo izobrazbo iz zdravstvene smeri. Največ anketiranih (35,2 %) jih ima do 10 let delovne dobe, 30 % od 11 do 20 let delovne dobe, 18,7 % od 21 do 30 let delovne dobe in pa 15,4 % z delovno dobo nad 31 let.

4.5 Postopek zbiranja podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo preko spletnega portala www.lka.si v obliki spletne ankete od 21. 9. 2017 do 13. 10. 2017. Spletna povezava do ankete je bila poslana kontaktom preko elektronske pošte in objavljena na družabnih omrežjih. Anketo smo posredovali tudi medicinskim sestram, zaposlenim v Splošni bolnišnici Novo mesto, kjer smo predhodno pridobili soglasje za izvedbo anketiranja. Anketirani so v spletnem anketiranju sodelovali prostovoljno in anonimno. Ob upoštevanju etičnih načel raziskovanja ni možnosti, da bi pridobljeni podatki vsebovali osebne podatke in tako omogočili identifikacijo posameznikov, kateri so sodelovali v anketiranju.

5 Rezultati

Z ozirom na teoretična izhodišča smo za potrebe raziskave ocenili mnenje medicinskih sester o uporabnosti računalniških programov, namenjenih za obravnavo pacien-

tov. Zanimalo nas je, ali medicinske sestre pri svojem delu uporabljajo informacijske sisteme za zdravstveno obravnavo pacientov, podprte z računalniškim programom. Kar 92,3 % anketiranih uporablja računalniški program za obravnavo pacientov na svojem delovnem mestu.

Ob uporabi računalniškega programa smo anketirane vprašali, ali računalniški program podpira vnos in zbiranje podatki o zdravstveni negi. Tukaj so zajeti podatki o vnosu in obdelavi negovalnih diagnoz, beleženju aktivnosti zdravstvene nege in opravljenih storitev zdravstvene nege. 47,3 % anketiranih je odgovorilo, da računalniški program podpira vnos in zbiranje podatkov v računalniškem programu in da večinoma aktivnosti vpisujejo v elektronsko dokumentacijo. Kar 52,7 % anketiranih je odgovorilo, da svoje aktivnosti v sklopu zdravstvene nege večinoma dokumentirajo v papirnato dokumentacijo.

Zanimalo nas je, ali je delo z računalniškim programom zapleteno. 70,3 % anketiranih to ni potrdilo, 29,7 % pa jih je odgovorilo, da je delo z računalniškim programom zapleteno. Visok delež anketiranih je potrdilo, da jim zaradi uporabe računalniškega programa primanjkuje časa, namenjenega za delo s pacientom. Tako jih je 68,1 % odgovorilo, da občutijo pomanjkanje časa, 31,9 % pa jih je odgovorilo, da pri uporabi računalniškega programa ne občutijo pomanjkanje časa za delo s pacienti.

Za ugotavljanje, kakšnega mnenja so medicinske sestre glede uporabe računalniškega programa so anketirani ocenjevali zastavljene trditve, pri katerih rezultate smo pridobili skozi izračun povprečne vrednosti za posamezno trditev. Ocenjevalna lestvica je bila petstopenjska, kjer so anketirani ocenjevali trditve z 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 – strinjam se in 5 – popolnoma se strinjam.

Na trditev 1: »Dokumentiranje zdravstvene nege je z uporabo računalniškega programa bolj preprosto kot dokumentiranje na papirnate obrazce« so anketirani odgovorili s povprečno oceno 3,59 na lestvici od 1 do 5.

Na trditev 2: »Skozi šolanje sem pridobil/-a dovolj znanja s področja informacijskih sistemov / računalniških programov zdravstvene nege« je povprečna ocena anketiranih 2,66.

Na trditev 3: »Menim, da podatki, dokumentirani v računalniški program, vodijo k večji varnosti pacientov« je trditev s strani anketiranih ocenjena s povprečjem 3,67.

Na trditev 4: »V delovnem okolju imam zadostno podporo z računalniško opremo za nemoteno vpisovanje podatkov v računalnik« so anketirani odgovorili s povprečno oceno 3,04.

Na trditev 5: »Menim, da je uporaba informacijskih tehnologij prihodnost za varno in kakovostno obravnavo pacientov« so anketirani odgovorili s povprečno oceno 3,99.

Na trditev 6: »Menim, da imam dovolj znanja in kompetenc za delo z računalniškim programom« so anketirani odgovorili s povprečno oceno 3,81.

Glede na vrednosti ocen lahko sklepamo, da področje informacijskih sistemov v stroki zdravstvene nege še ni prepoznano kot pomembno. Potrebno se je zavedati, da je prav

to področje prihodnost za varno in kakovostno obravnavo pacientov. Tako kot nacionalni projekt e-zdravja je za pričakovati, da se bo tudi na področju informacijskih sistemov za stroko zdravstvene nege razvijalo v smeri uporabnega računalniškega programa, ki bo na nacionalni ravni omogočal poenoten metodološki pristop.

Anketirani so imeli možnost podati rešitve njihovih obstoječih programov, s katerimi se srečujejo na svojih delovnih mestih. 67 % anketiranih je odgovorilo, da so možne izboljšave in 33 % anketiranih, da niso možne.

Nekateri od anketiranih so podali tudi konkretne primere predlogov in rešitev. Navedli so sledeče predloge: možnosti vpisovanja opravljenih storitev, nadgradnja programa za potrebe oddelka, uvedba celotne dokumentacije zdravstvene nege, bolj strokovno opredeljene rubrike zdravstvene nege, možnost povezovanja z drugimi informacijskimi sistemi, možnost rubrik kot so različne ocenjevalne lestvice, negovalne diagnoze, ocene tveganja za padeč, dodelava obstoječega programa tako, da bo razviden pomen zdravstvene nege, spremembe v hitrosti delovanja, poenotenje računalniških programov, možnosti uporabe še na drugih področjih; npr. v nujni medicinski pomoči, popolna nadomestitev papirnate dokumentacije, možnost dokumentiranja zdravstvene nege po procesni metodi dela, krajši koraki dela v računalniškem okolju, krajša pot do vnosa podatkov, ipd.

Glede na izsledke odgovorov je opaziti, da imajo medicinske sestre veliko predlogov za spremembe obstoječih informacijskih rešitev v njihovih delovnih okoljih. Predvsem je pomembno, da tovrstne predloge upoštevajo tako vodilni kot tudi programerji in s tem omogočijo bolj prijazno uporabo le-teh.

6 Razprava

Rezultati raziskave so pokazali, da je mnenje medicinskih sester glede uporabnosti računalniških programov v praksi zdravstvene nege pozitivno. Anketirani menijo, da informacijski sistemi za zbiranje in obdelovanje podatkov omogočajo varnejšo in kakovostnejšo obravnavo pacientov v prihodnosti. Glede na rezultate, kljub visoki uporabi računalniških programov, ki podpirajo obravnavo pacientov ni takšnega programa, ki bi omogočil vnos in obdelavo podatkov, namenjenih stroki zdravstvene nege z možnostjo vpisa negovalnih diagnoz. Omogočiti je potrebno, da programerji dosedanje programe dopolnijo tudi s takšnimi vsebinami. Z ozirom na visok delež uporabnikov, kateri pri svojem delu uporabljajo računalniški program za obravnavo pacientov, poteka dokumentiranje postopkov in ostalih aktivnosti zdravstvene nege pretežno še vedno na papirnate obrazce. Ugotovili smo, da se medicinske sestre strinjajo in menijo, da jim elektronsko dokumentiranje zdravstvene nege omogoča preprostejši način dela. Po mnenju avtorjev Darvish, Bahramnezhad, Keyhanian in Navidhamidi (2014) so medicinske sestre v delovnem okolju vpete v uporabo informacijskih sistemov in sodobnih tehnologij; tudi tiste, ki so delo v praktičnem okolju pravkar začele. Zato je pomembno, da računalniške programe in njihovo zgradbo ter delovanje spoznajo že v učnih okoljih v času šolanja. Rezultati raziskave so pokazali, da medicinske sestre skozi šolanje niso pridobile dovolj znanja s področja informacijskih sistemov oziroma računalniških pro-

gramov za obravnavo pacientov. Ob tem pa menijo, da imajo kljub temu dovolj znanja in kompetenc za delo z računalniškim programom. Rezultat tega lahko pripišemo vpetosti v delo in naklonjenosti medicinskih sester za delo z računalniškim programom v njihovih delovnih okoljih. Medicinske sestre v raziskavi menijo, da jim delo z računalniškim programom jemlje čas, ki je namenjen pacientom samim. Vpisovanje podatkov je zamudno ob upoštevanju mnenja, da medicinske sestre na svojih delovnih mestih nimajo zadostne podpore z računalniško opremo za možnost nemotenega dela in vpisovanja podatkov v informacijski sistem. Razlog temu lahko pripišemo finančnim stroškom, ki se ob nabavi tovrstne opreme pojavljajo. Iz ugotovljenega lahko poudarimo, da so medicinske sestre pozitivno naklonjene uporabi informacijskih sistemov in računalniških programov, čeprav nekaterim ne omogočajo vpisovanja strokovnih vsebin zdravstvene nege. Pomembno je, da s svojo pozitivno naravnostjo k uporabi strmiijo k razvoju sodobnih računalniških programov, ob tem pa z vsakdanjim delom pridobivajo bogate izkušnje in znanje s področja uporabe sodobne tehnologije.

LITERATURA

1. Breclj, Š., Vinko, M., Dinevski, D. in Eržen, I. (2012). Uporaba informacijske tehnologije v slovenskem javnem zdravstvu. V B. Leskošek in P. Juvan (ur.), Kongres medicinske informatike – Povezani za več inovacij (str. 3–8). Ljubljana: Slovenko društvo za medicinsko informatiko.
2. Carvalho Araujo Moreira, A., Teixeira, E. F., Leite de Araujo, T., Frota Cavalcante, T., Josefina de Silva, M. in Carvalho Teixeira Cruz, A. T. (2016). Software Development for Nursing Care: Integrative Review. *Journal of Nursing UFPE*, 6(10), 4942–4950. Pridobljeno 19. 9. 2017, s <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=077796cd-b0cf-4929-b83c-6e70cad2b851%40sessionmgr104>.
3. Coiera, E. (2015). *Guide to Health Informatics; Third Edition*. New York: CRP Press, Taylor & Francis Group.
4. Darvish, A., Bahramnezhad, F., Keyhanian, S. in Navidhamidi, M. (2014). The Role of Nursing Informatics on Promoting Quality of Health Care and the Need for Appropriate Education. *Global Journal of Health Science*, 6 (6), 11–18. Pridobljeno 13. 10. 2017, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4825491/>.
5. Hughes, K. C. (2014). Informatics and Technology in Professional Nursing Practice. V K. Masters (ur.), *Role Development in Professional Nurse Practice* (str. 325–348). Burlington: Jones & Barlett Learning.
6. Kern, J. in Žuvić - Butorac, M. (2009). Obrazovanje i usavršavanje. V J. Kern in M. Petrovečki (ur.), *Medicinska informatika* (str. 260–268). Zagreb: Medicinska naklada Zagreb.
7. Kramar Zupan, M. (2009). Menedžment vs. vodenje. Novo mesto: Fakulteta za poslovne in upravne vede.
8. Prijatelj, V. (2005). Priložnosti in ovire pri elektronskem zbiranju podatkov zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 39 (3), 175–179.
9. Prijatelj, V. in Črv, M. Načrtovanje in uvajanje informacijskega sistema zdravstvene nege. *Informatica Medica Slovenica* 9 (1–2), 63–67. Pridobljeno 10. 9. 2017, s [http://ims.mf.uni-lj.si/archive/09\(1\)IMS09\(1\)web.pdf](http://ims.mf.uni-lj.si/archive/09(1)IMS09(1)web.pdf).
10. Procter, P. in Woodburn, I. (2012). Encouraging nurses to develop effective electronic documentation. *Nursing Management*, 19(6), 22–24. Pridobljeno 22. 9. 2017, s <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=7dbb4ed7-b2a3-4ba8-9182-daaa52853782%40sessionmgr120>.
11. Rajkovič, V. in Šušteršič, O. (2000). Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege. Kranj: Moderna organizacija.

12. Skiba, J. D. (2004). Emerging Technologies center. Informatics Competencies. Nursing Education Perspectives, 25 (6), 312–312. Pridobljeno 19. 9. 2017, s <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=077796cd-b0cf-4929-b83c-6e70cad2b851%40sessionmgr104>.
13. Stanimirović, D. (2015). Informacijski sistemi in poslovno-informacijska arhitektura v slovenskem zdravstvu: teoretski in operativni vidiki ter perspektive Ljubljana: Fakulteta za upravo, Univerza v Ljubljani.
14. Wager, K. A., Lee, F. W. in Glaser, J. P. (2005). Managing Health Care Information Systems: A Practical Approach for Health Care Executives. San Francisco: Jossey-Bass.
15. Rijeken, M., Hujala, A., Ginneken, E., Melchiorre, M. G., Gronewegen, P. in Schellevis, F. (2017). Managing multimorbidity: profiles of integrated care approaches targeting people with multiple chronic conditions in Europe. Health Policy, 121 (11), 1101–1202. Pridobljeno 23. 10. 2017, s <http://www.sciencedirect.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/science/article/pii/S0168851017302919#!>.
16. Sevenhujisen, S. (2003). Prostor za skrb. Pomen etike skrbi za socialno politiko. V S. Sevenhujisen in A. Švab (ur.), Labirinti skrbi: pomen perspektivne etike skrbi za socialno politik (str. 13–39). Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne in politične študije.
17. Simoens, S. in Scott, A. (1999). Towards a definition and taxonomy of integration in primary care. Health Economics Research Unit Discussion Paper 03/99. Aberdeen: University of Aderdeen.
18. Shortell, S., Gillies, R. in Anderson, D. (1994). The new world of managed care: creating organized delivery systems. Health Affairs, 13, 46–64. Pridobljeno 23. 10. 2017, s <http://content.healthaffairs.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=7868039>.
19. Valentijn, P. P., Boesveld, I. C., van der Klauw, D. M., Ruwaard, D., Struijjs, D. J. N., Molema, J. J. W., Bruijnzeels M. A. in Vrijhoef H. J. M. (2015). Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study. International Journal of Integrated Care, Jan- March. Pridobljeno dne 23. 1. 2017, s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4353214/>.
20. Webster, J. and Watson, R. T. (2002). Analyzing the Past to Prepare for the Future: Writing a Literature Review. MIS Q, 26(2), pp.xiii-xxiii. Pridobljeno dne 23. 10. 2017, s <http://dl.acm.org/citation.cfm?id=2017160.2017162>.
21. Zupančič, V. (2017). Integrirana skrb za osebe s težavami v duševnem zdravju. Revija za zdravstvene vede, 4 (1), 31–45. Pridobljeno dne 23. 10. 2017, s http://fzv.vs-nm.si/uploads/FZV_pripone/revija/revija_jhs_2017_v4n1_www.pdf.
22. Kmetič, F. (2016). Kje končajo pripomočki za prvo pomoč. Moto revija. Pridobljeno 19. 10. 2017, s <https://www.amzs.si/motorevija/v-zarometu/predpisi/2016-01-01-kje-koncajo-pripomocki-za-prvo-pomoc>.
23. Ministrstvo za okolje in prostor. (2017). Odpadki. Pridobljeno 20. 9. 2017, s http://www.mop.gov.si/si/delovna_podrocja/odpadki/.
24. Nolan, P. J., Soar, J., Zideman, A. D., Biarent, D., Bossaert, L., L., Deakin idr. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. Section 1. Executive Summary. Resuscitation, 81, 1219–1276.
25. Pravilnik o delih in opremi vozil. (2013). Uradni list RS, št. 44/13 in 36/14: 5117. Pridobljeno 17. 9. 2017, s <http://www.uradni-list.si/1/content?id=113310>.
26. Pravilnik o kompletu za prvo pomoč, ki spada v obvezno opremo motornih vozil. (2004). Uradni list RS, št. 106/04, 134/04, 136/04 – popr., 115/07, 106/10 – ZMV in 44/13. Pridobljeno 17. 9. 2017, s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV5937>.
27. Rajapakse, R. (2008). Seznanjenost prebivalcev Slovenije z znaki srčnega zastoja in temeljnimi postopki oživljanja (Magistrsko delo). Ljubljana: Medicinska fakulteta.
28. Škofic, M., Dolenc E. in Slabe, D. (2016). Pomen kompleta prve pomoči ob nesrečah. Ujma, 30, 235–240.
29. Šterbenc, I. in Slabe D. (2009). Poznavanje vsebine kompleta za prvo pomoč med vozniki motornih vozil. Obzornik zdravstvene nege, 43 (1), 45–52.
30. Zakon o pravilih cestnega prometa (ZPrCP). Uradni list RS, št. 109/2010. Pridobljeno 17. 10. 2017, s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/101702>.

Častni pokrovitelj konference

Zbornica zdravstvene in babiške nege
Slovenije - Zveza strokovnih društev
medicinskih sester, babic in zdravstvenih
tehnikov Slovenije



Sponzorja

Terme Krka, d.o.o., Novo mesto



Krka, tovarna zdravil, d. d., Novo mesto



FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE NOVO MESTO

VABI K VPISU V ŠTUDIJSKE PROGRAME 1., 2. IN 3. STOPNJE

- **Visokošolski študijski program**
- Zdravstvena nega
- **Magistrska študijska programa**
- Vzgoja in menedžment v zdravstvu
- Integrirana zdravstvena in socialna oskrba
- **Doktorski študijski program**
- Edukacija in menedžment v zdravstvu



Informacije o vpisu in informativnih dneh:

spletna stran: <https://fzv.uni-nm.si>, telefon: 07/393 00 18, 07/393 00 17